名家通识讲座书系

□ 王一方 著

医学人文十五讲

医学必定是“人学”
因为它研究“人”的健康与疾病
因为它服务于“人”的保健与治疗



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

名家通识讲座书系

医学人文十五讲

王一方 著



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

医学人文十五讲/王一方著．—北京:北京大学出版社,2006.7
(名家通识讲座书系)
ISBN 7-301-10847-8

Ⅰ.医… Ⅱ.王… Ⅲ.医学:人文科学 Ⅳ.R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 071345 号

书　　名:医学人文十五讲
著作责任者:王一方　著
责 任 编 辑:艾　英
标 准 书 号:ISBN 7-301-10847-8/G·1888
出 版 发 行:北京大学出版社
地　　址:北京市海淀区成府路 205 号　100871
网　　址:http://www.pup.cn　　电子信箱:pkuwsz@yahoo.com.cn
电　　话:邮购部 62752015　发行部 62750672　编辑部 62752022
印 刷 者:三河新世纪印务有限公司
经 销 者:新华书店
650mm×980mm　16 开本　12.75 印张　210 千字
2006 年 7 月第 1 版　2006 年 8 月第 2 次印刷
定　　价:22.00 元

《名家通识讲座书系》
编审委员会

《名家通识讲座书系》总序

本书系编审委员会

《名家通识讲座书系》是由北京大学发起，全国十多所重点大学和一些科研单位协作编写的一套大型多学科普及读物。全套书系计划出版100种，涵盖文、史、哲、艺术、社会科学、自然科学等各个主要学科领域，第一、二批近50种将在2004年内出齐。北京大学校长许智宏院士出任这套书系的编审委员会主任，北大中文系主任温儒敏教授任执行主编，来自全国一大批各学科领域的权威专家主持各书的撰写。到目前为止，这是同类普及性读物和教材中学科覆盖面最广、规模最大、编撰阵容最强的丛书之一。

本书系的定位是“通识”，是高品位的学科普及读物，能够满足社会上各类读者获取知识与提高素养的要求，同时也是配合高校推进素质教育而设计的讲座类书系，可以作为大学本科生通识课（通选课）的教材和课外读物。

素质教育正在成为当今大学教育和社会公民教育的趋势。为培养学生健全的人格，拓展与完善学生的知识结构，造就更多有创新潜能的复合型人才，目前全国许多大学都在调整课程，推行学分制改革，改变本科教学以往比较单纯的专业培养模式。多数大学的本科教学计划中，都已经规定和设计了通识课（通选课）的内容和学分比例，要求学生在完成本专业课程之外，选修一定比例的外专业课程，包括供全校选修的通识课（通选课）。但是，从调查的情况看，许多学校虽然在努力建设通识课，也还存在一些困难和问题：主要是缺少统一的规划，到底应当有哪些基本的通识课，可能通盘考虑

不够;课程不正规,往往因人设课;课量不足,学生缺少选择的空间;更普遍的问题是,很少有真正适合通识课教学的教材,有时只好用专业课教材替代,影响了教学效果。一般来说,综合性大学这方面情况稍好,其他普通的大学,特别是理、工、医、农类学校因为相对缺少这方面的教学资源,加上很少有可供选择的教材,开设通识课的困难就更大。

这些年来,各地也陆续出版过一些面向素质教育的丛书或教材,但无论数量还是质量,都还远远不能满足需要。到底应当如何建设好通识课,使之能真正纳入正常的教学系统,并达到较好的教学效果?这是许多学校师生普遍关心的问题。从2000年开始,由北大中文系主任温儒敏教授发起,联合了本校和一些兄弟院校的老师,经过广泛的调查,并征求许多院校通识课主讲教师的意见,提出要策划一套大型的多学科的青年普及读物,同时又是大学素质教育通识课系列教材。这项建议得到北京大学校长许智宏院士的支持,并由他牵头,组成了一个在学术界和教育界都有相当影响力的编审委员会,实际上也就是有效地联合了许多重点大学,协力同心来做成这套大型的书系。北京大学出版社历来以出版高质量的大学教科书闻名,由北大出版社承担这样一套多学科的大型书系的出版任务,也顺理成章。

编写出版这套书的目标是明确的,那就是:充分整合和利用全国各相关学科的教学资源,通过本书系的编写、出版和推广,将素质教育的理念贯彻到通识课知识体系和教学方式中,使这一类课程的学科搭配结构更合理,更正规,更具有系统性和开放性,从而也更方便全国各大学设计和安排这一类课程。

2001年底,本书系的第一批课题确定。选题的确定,主要是考虑大学生素质教育和知识结构的需要,也参考了一些重点大学的相关课程安排。课题的酝酿和作者的聘请反复征求过各学科专家以及教育部各学科教学指导委员会的意见,并直接得到许多大学和科研机构的支持。第一批选题的作者当中,有一部分就是由各大学推荐的,他们已经在所属学校成功地开设过相关的通识课程。令人感动的是,虽然受聘的作者大都是各学科领域的

顶尖学者，不少还是学科带头人，科研与教学工作本来就很忙，但多数作者还是非常乐于接受聘请，宁可先放下其他工作，也要挤时间保证这套书的完成。学者们如此关心和积极参与素质教育之大业，应当对他们表示崇高的敬意。

本书系的内容设计充分照顾到社会上一般青年读者的阅读选择，适合自学；同时又能满足大学通识课教学的需要。每一种书都有一定的知识系统，有相对独立的学科范围和专业性，但又不同于专业教科书，不是专业课的压缩或简化。重要的是能适合本专业之外的一般大学生和读者，深入浅出地传授相关学科的知识，扩展学术的胸襟和眼光，进而增进学生的人格素养。本书系每一种选题都在努力做到入乎其内，出乎其外，把学问真正做活了，并能加以普及，因此对这套书作者的要求很高。我们所邀请的大都是那些真正有学术建树，有良好的教学经验，又能将学问深入浅出地传达出来的重量级学者，是请“大家”来讲“通识”，所以命名为《名家通识讲座书系》。其意图就是精选名校名牌课程，实现大学教学资源共享，让更多的学子能够通过这套书，亲炙名家名师课堂。

本书系由不同的作者撰写，这些作者有不同的治学风格，但又都有共同的追求，既注意知识的相对稳定性，重点突出，通俗易懂，又能适当接触学科前沿，引发跨学科的思考和学习的兴趣。

本书系大都采用学术讲座的风格，有意保留讲课的口气和生动的文风，有“讲”的现场感，比较亲切、有趣。

本书系的拟想读者主要是青年，适合社会上一般读者作为提高文化素养的普及性读物；如果用作大学通识课教材，教员上课时可以参照其框架和基本内容，再加补充发挥；或者预先指定学生阅读某些章节，上课时组织学生讨论；也可以把本书系作为参考教材。

代　序

我的医学人文启蒙课

与大多数同届的学生相比，医学生要在学校里多呆一年，其实，这一年也不是呆在课堂里，而是在病床边，正式的称呼叫临床实习。1982 年的下半年，我就是在湖南中医学院第二附属医院的内科癌病房里度过的。

癌病房是一个忧伤而且有几分沮丧的地方，依一个实习大夫的有限医术，实在无法改变这种境况。因此，心中充斥着无奈。应该说这种治疗手段上的有限而导致的无奈并非实习大夫的独有心情，资深大夫也有，只是他们似乎被“资深”的经历拖向迟钝甚至麻木。相反，未曾迟钝的无奈将一个实习生的心志引向医学人文的思考。

在许多人看来，医学人文似乎是一个高深的学理命题，关涉一大堆的知识，其实不然，它更多的是一份源于体验的发问和追思。

这一份体验来自病房里的一位叫阮明霞的病人，从门诊记录上知道她先前是建筑设计工程师，毕业于清华大学。她在我分管的病房住了不到两个月，在一个无雪的冬日的凌晨静静地走了。入院时已确诊为乳腺癌晚期，全身转移，放疗、化疗已无力回天。医院与医生能做的只是一些止痛、补充

白蛋白之类的症状学、营养学处理。因此,治疗效果是无法积极推进的。对于一位早已明了预后同时又对生命深深眷恋的知识女性来说,内心的撕裂是可想而知的。生命的倒计时读秒可不是竞技场上运动员的终点期盼。这是真正意义上的“向死而生”,每一丝的镇定和从容都需要百倍于常人的毅力和豁达。然而,作为一位躯体上日渐衰弱的女性,她居然悲欣交集闯黄泉,一开始还有阅读,后来只是听亲人的细数往事、磁带音乐,最后是锁眉的沉思。濒死的前一天,例假来了,此时,她已无力再说什么,只是以眉头的舒展来庆幸女性的自得,然后吃力地写下几个字,让家人为她系上卫生垫,她要最后一次完成做女人的仪式,不容半点马虎,即使死神马上来临。受职业的遣使,我凝立在病榻旁,显然没有失去亲人的那份剧烈的悲切,但仍然为她那份对生的执著和坚毅所感动。

时光流逝,往事已定格在记忆深处,如今忆及仍不觉依稀。她脸上显露出的凝重仿佛是一尊活动的大理石雕塑,而她眼里流淌的眷恋却又像是绵羊对牧场的回首,无须用什么高尚的医德去启发,稍具人类情怀的人便能在这种地方体会到强烈的敬畏感,对生命的深深敬畏。其实,人一生下来就站在通向死亡的传送带上,也就是说都在排队去火葬场,但是,在很长一段时间里人们全然不想理会死亡,无论是死亡的哲思,还是死亡的意象,甚至是死亡的字眼。仿佛死亡不是生命的必然归程,而是一种命运的偶然和意外事件,因此,许多患者无法直面癌症,本质上是无法直面死亡,一旦知晓心理上就先崩溃,病情迅速恶化。蒙田一生患结石病,时常被死亡困扰,后来他参透了,产生了一个高明的想法,即“与其被死亡追逐,不如回过头来与死亡相邀,与死神对饮”。在癌病房里,除了我分管的床位,我读遍了所有病友的脸,也读到了几张豁达的面容,发现这份豁达与年龄无关,与知识无关,与职业无关,只与心理准备有关。但每天这样读过来,还是品味出许多心灵皱褶,譬如恐惧感与生命的眷恋感不同,能克服恐惧感的人却未必能割断浓浓的眷恋,而无畏与善良可以同行,一些生活中十分柔弱善良的人在直面死亡时能表现出凛冽的刚性和金石气,一种彻底的大无畏气概,让旁人只能敬重

而无须怜悯。这份“向死而生”的豁达与尊严是人生中最最豪迈的东西。23年过去了，今天回头寻索当年的那份体验和体悟，仍然感慨万千，这是我认识死亡、学习医学人文的“启蒙课”。

目　录

中　篇　历史反思与人物影像

下　篇　医学人文现场报告

上　篇

观念与反思

第一讲

医学:科学的,更是人文的

(本讲为笔者与上海交通大学科学史系江晓原教授关于医学中普世关怀和公共理性的对话,2001 年初稿,2003 年定稿。)

王一方:今天的对话主题是医学人文的普世性,涉及生命伦理的俗世性、疾病体验的日常性、医学史的公共性以及医学哲学的先锋性,很显然是在一个非技术化,甚至挑战、质疑技术化的话语前提下坐到一起来、聊到一起来的。以你我的学术身份、学术背景来作此番对话,或许会让一些朋友诧异。但是,恰恰是这种跨职业的开放式对话不仅会开掘话题本身,对丰富医学人文普世性的论证方式也是一项尝试。

江晓原:我记得一位很有影响的医史学家西格里斯,在《亨利·西格里斯论医学史》(1959)一书中曾经这样说:“当我说,与其说医学是一门自然科学,不如说它是一门社会科学的时候,我曾经不止一次地使医学听众感到震惊。医学的目的是社会的。它的目的不仅是治疗疾病,使某个机体康复,它的目的是使人调整以适应他的环境,作为一个有用的社会成员。为了做到

这一点,医学经常要应用科学的方法,但是最终目的仍然是社会的。每一个医学行动始终涉及两类当事人,医生和病人,或者更广泛地说,医学团体和社会。医学无非是这群人之间的多方面的关系。"从西格里斯说这段话到现在,已经40多年过去了,我感到今天在我们这里,在大多数人心目中,仍是将医学视为"自然科学"或"科学技术"范畴之内的东西(比如1979年版的《辞海》中就是这样说的),而对于它的人文成分和普世性则大大忽视了。

过去的100年,人类凭借科技的进步大大改变了交往关系。交通的发达使得人们在地理上的阻隔消除了,距离缩短了;现代通讯更使信息的交流变得十分便捷,尤其是随着网络社会的崛起,人类已经进入一个崭新的"e时代"。全球化不再是一种社会理想,而是一幅实实在在的生活图景。就医学来说,在今天哪怕只患一次轻微的感冒,病原也可能是源于境外流行的某种病毒的亚型,也可能在求医过程中接受日本仪器的检查,服用美国专利的感冒药。但是,这仅仅是时代特征的一个方面。另一个方面是人与自然、人与人以及人类自我反省的关系愈来愈紧张,不同文明与文化之间的冲突愈来愈加剧。在我们这个世界上,地缘政治、经济、文化方面的鸿沟、隔膜、摩擦比比皆是,瞬息万变,因为交流、沟通并不一定导致人类理解上的共通共识,并不必然导致价值与秩序的共享。在这个问题上我们可以举一个医学方面的例子来说明:

前些年有一位叫琳恩·贝厄的写了一本《医学与文化:美国、英国、联邦德国和法国的不同医疗方法》(Lynn Payer, *Medicine & Culture: Varieties of Treatment in the United States*, England, West Germany and France)的书,将这四个国家中常见的医学诊断作了比较,发现差异极大。例如,在这四个国家中,医生开处方的药量会有10至20倍的差别;美国的人均外科手术率是英国的2倍,乳房切除术的比例是英国的3倍,冠状动脉手术是英国的6倍;美国的高血压到了英国则是正常的,而在德国就算病状;欧洲使用的抗生素量远远小于美国……而我们都知道,这四个国家之间的交流和沟通应该是世界上第一流的了。贝厄女士认为,医疗中的这种巨大差异,是由于文化的

差异造成的。因此，这本从文化的角度来分析医学的书出现之后，引起了各界的重视。

在这样的情势之下，医学人文所面临、所调适的医学与社会、技术与人性、医生与患者之间的紧张，是知识、技术、职业价值和秩序的隔膜、鸿沟所致的世俗冲突，既是朴素的，又是普世的。譬如，关于安乐死的争论，克隆技术带来的人类生命概念的重新认定，以及对生命伦理的挑战，都是全社会关注的公共话语，需要创造开放、平等的道德对话来达成并建构某种新的普遍性的伦理规范。

王一方：从你的话中我悟出一点医学人文自身递进上的缺憾，那就是用终极关怀去抗击技术主义的价值霸权，实际力量显得单薄。“终极关怀”这个词虽然在医学人文学的论著中出现频率并不高，但它却是铸就医学人文学者内心价值皈依的支柱。学者们从哲学、历史、伦理层面津津乐道于人文主义的医学传统（包括生物学上的有机论、博物学、生态主义及人本主义的关切、宗教情怀的至善）、医学史上人格化的美德典范，但在技术飙升的功能与功利效绩面前，终极关怀的价值表达十分纤弱，作为一种理性的声音难以传达到医疗实践和现实生活之中，只能作为一枝自赏的寒梅。因此，立足于普世关怀来拨亮医学人文的价值光辉具有很强的现实性。

清华大学万俊人教授在他的《寻求普世伦理》中这样说道：“普世伦理是一种以人类公共理性和共享的价值秩序为基础，以人类基本道德生活，特别是有关人类基本生存和发展的俗世道德问题为基本立题的整合性伦理理念”，即“一种具有普遍约束力的世俗生活的底线伦理学”。也就是暂时放弃最高限度的理想化方式（终极关怀），转而寻求宽容、宽泛前提下的公共理性。在罗尔斯的著作中有一个专门术语叫“最起码的最大化”（minmaxmiztion）方式。在我有限的阅读中，知道美国生命伦理学家恩格尔哈特曾将自己的研究定义为“俗世的伦理学”（俗世，Secular，一个特定的学术概念，不是指“世俗”），旨在重建俗世道德。在他的书中，常常从剖析某些业已共享的道德“金则”（Golden Mules）入手来表达他的普世立场。譬如作为道德箴言

的名句“己所不欲，勿施于人”，它的正定律为“己所欲者，便施于人”。在恩格尔哈特看来，由于道德尊崇与价值皈依的差别，医患之间可能是“两股道上跑的车”（道德异乡人），一方看来是好或善的东西在另一方看来却可能不是，要对他人做任何事情，包括救助，都要在伦理上得到其允许，譬如癌症晚期的安乐死（包括放弃治疗）选择。“己所不欲，勿施于人”只适合于“道德同乡”，正确的准则应该是“人所不欲，勿施于人”。在做判断、做处置之前，最应该考虑的是寻找到普世的公共价值，由交流到共享（知识和信息），建立有共识的“道德共同体”。

江晓原：我想，医学人文讲普世性是有天然优势的，因为，生老病死是大众体验，是最最日常的人生节目，每个人都有发言权。就像巴黎人诉说的生存状态，“要么在咖啡馆，要么在去咖啡馆的路上”——人生也如此地简单，“要么在医院，要么在去医院的路上”，也许是为了自身的伤痛与保健，也许是为了家人、朋友的疾患与康复。即使是医生也同样会感受到病患的痛苦与死亡的恐惧。更何况，“医”与“患”，也就是医生与病人之间的界限从来就是模糊的。医生也会患病，成为病人；而我们每个人谁未曾自己设法救治过自己的小伤小痛、小毛小病？在这个意义上，我们就是我们自己的医生。但是，仅有共同体验，还是组合不了“道德共同体”，也难以找到共享的价值与秩序。首先是医患双方占有的知识与信息上的不对称，以及医患双方的权利制衡与决策主导性的双重性（即支付主导与技术主导的冲突），导致医患双方在疾病叙述、解释、理解与处置上发生分歧。而传统的惯性是家长式裁决，缺少充分的道德对话、协商和妥协，从而发生现实中的冲突与认知上的板结，使医患之间成为“道德异乡人”。其要害还不在纷争，而在于有悖伦理正义和道德人权的基本理念。

王一方：确实，共同体验并非必然通往“道德共同体”。深究起来，鸿沟不完全在专门化的医学知识，对许多慢性疾病患者来说，他们的专门知识储备并不亚于某些初级医师。岔路口出现在病患者意义的多元性，它既有生物学意义，又有心理、行为、社会、文化等因素构成的复合意义。医患双方都

在打捞“沉默的真相”。然而前者更具备职业上的优越感和话语霸权，从而逃离医患对话和互为镜像的现场。最为常见的坚定理由是“仪器观测、实验检测比自身体验、自我表述更客观，更可靠”。

临床上常常有这样的情形(如亚临床状态或病后综合症)，痛苦可能切切实实被体验着，却不能被体察或观察到；也有某种时候(如癌症早期)病征呈隐形，不曾被体验或体察，但确切地被检查到了。因此，许多临床大夫都会如此声称：“体验到的是痛苦、苦难，观察与检测才提示疾病，医学所最终处置的是疾病，疾病平复了，痛苦便随即消失了。”而对病人来说，最最切近的是对关怀、帮助的心理渴望，是私人化的痛苦与体验所致的恐惧与无助。所以，医患冲突有时只是一个容易解开的“活结”。表面看这仅仅是一个处置的程序艺术，或者说将“串联关系”改成“并联关系”这类结构式的调适，然而，要完成这种技术处置与人文处置并举的“左右开弓”，却要在生命价值与内心秩序、知识储备、反身自省能力方面作沉重的转身。

江晓原：要推动技术教育至上背景下生长的一代青年学子完成这样一次沉重的转身，有两门学科不可绕过，一门是科学史，另一门是科学哲学。在科学思想史层面两者可以打通。当然也包括医学史与以医学思想史为范例的医学哲学——对医学院学生来说，有时可以具体化为医学史课程。事实上目前不少医学院校是有医学史这门课程的，尽管远远没有得到应有的重视。这两门学科为在技术隧道里掘进的学子捅开两条“气巷”，一条通往历史的反思，一条通往智慧和人类理解的烛照。通过历史与智慧维度的引诱，迸发一股与过度技术化、过度商业化相对抗的心灵张力，它源自一份价值依恋与信仰，而并非仅仅是一种向善的美德。通过历史衍进中技术与道德的分分合合，心灵秩序、价值旨归的迷失与彻悟来把握现代医学的缰绳，平衡内心的道德恐慌，完成从人的医学到医学人文的认知苏醒。其实在这方面，中国传统文化中将医学称为“仁术”，甚至上个世纪初一些西方人士在中国开办的医院、医学院校中的某些教育理念，都有可能成为可供借鉴的思想资源。我们既然已经认知到医学教育和实践中人文成分的重要性，那么

提高医务人员的人文素养,就成为一个紧迫的任务。往者虽已逝,来者犹可追,首先应该在现有医学教育中进行改善。开设医学史或科学史课程当然是可取的途径之一,因为这类课程可以提供理解、沟通自然科学和人文学术的桥梁。但这恐怕是远远不够的,为了进一步培养学生的人文关怀,我认为某种形式的文学或文学史课程是极为有益的。

最后,我们绝不能忽视从科学哲学的角度对医学进行思考的价值。前面我们已经看到,不能仅仅将医学看成是“自然科学”或“科学技术”范畴内的东西,事实上,在西方学术界的分类中,经常是“科学”、“数学”、“医学”三者并列。医学被单列出来,有两个重要理由:第一,是因为医学还没有成为一门真正的精密科学,前述琳恩·贝厄书中关于四国医疗中的巨大差异就是一个有力的例证——真正的精密科学(比如天文学、物理学家等等)在不同国家是不会有任何差别的,这类科学中的原理是放之四海而皆准的。第二,是因为医学中应该具有强烈的人文色彩,迄今为止,已有的科学哲学理论,主要是针对精密科学而建构起来的,因此,从科学哲学的角度对医学进行思考,不仅对医学会有启发作用,而且很可能会对科学哲学本身有新的刺激。所谓医学哲学的先锋性,我想应从这方面去理解。

第二讲

医学人文的概念与边界

医学人文，一个幽灵在徘徊

“无用的学问”与有趣的思考

一　医学人文，一个幽灵在徘徊

对大多数医生来说，劳碌的医疗生活常常泥于“术”而疏于“道”，很少有人会自觉地去叩问职业的母题，譬如“医学是什么”？——这似乎不需要认真地去审视、去反思，教科书上有现成的答案。它是人类认识疾病的学科，是专业处置（预防、治疗、康复）疾病与人类保健的职业技术与艺术，无疑，医学首先是功利的与工具的，技术导向是它的重要特质，但它同时也是关于“人”的学问。因为，医学汇集了人类在自我（从躯体到心灵）认知、自我救助方面的知识、智慧与发明、发现，它研究的主体是人，研究的对象也是人，服务的对象还是人，疾病是人的痛苦，是心灵的损补，任何医疗的交往都是人与人之间身心救助的故事，而不仅仅只是人与机器之间的故事，或者人与金

钱的故事。无论技术如何飙升，人道原则、人本立场、人性光芒永远是医学的价值皈依与医学家的职业操守，也构成医学人文的话语亮点与思维范畴。

在当代中国的医学教育、研究与医疗体制运营中，“医学人文”好似一个“幽灵”在徘徊，它常常会有激荡的话语亮点，却无清晰的学术面目，有个体思考、批评的径路，却无概念辨析、边界厘定、系统建构的营垒，讲堂无课，研究无题，临床无援，更多的场合里成为一种泄愤情绪，一种反叛姿态，一种无根清谈，不仅在许多医学生那里是“一头雾水”，在临床医生那里更是“一弯冷月”。问题出在哪里？首先应该从语义上寻找根由。

很显然，“人文”一词不是单数，而是复数，它具有内涵的广袤性与多义性（即不确定性），古今中外解说不一，至少有四重意义。

其一，是指人文精神（humanities），它是一种文化传统（东方传统与西方传统）与思潮，基本意义是指某一特定时代语境下理想人性与优雅艺术的总和，是一个时代人们对理想人性的追求，包含教养与文化、智慧与德行，目的是成为理想的人，真正的人，自由的人。

其二，是人文主义（humanism）的简称，包括人性、人本、人道三重同本异流的哲学、宗教与伦理学解读，新人文主义更多的是一种挑战，一种反叛，一场新启蒙运动（反抗现代主义与科学主义、技术主义）。

其三，是指人文学科，它是一种知识谱系与认知方法，既包括文学、语言文字、历史、哲学、艺术、宗教等基本科目，又是知识（才学）、见识、情感、德行、趣味、审美的总和，还是理解力、领悟力、洞察力、批判力（慧根）的集合。

其四，是指人文价值，它是一种超（非）功利的文化视野、立场、姿态、情愫与关怀，反抗功利主义与工具论，追求相遇，强调个性体验，陶醉于艺术化的生命过程。

所以，一提及“人文”，研究者一定要追问“哪一个人文？”不然，将无法立言。

至于“医学”一词，其实也不单纯，狭义的概念是指医学科学与技艺，广义的概念则包含医学（学科）、医疗（过程）、医院（场景）、医生（角色）。于是，

医学人文就变成一个扑朔迷离的语义迷宫了。

医学人文的一种理解是“医学中的人文”，从狭义层面追究，理论医学、基础医学、临床医学、预防医学、护理医学、康复医学的细分会引出不同的“医学人文”内容，理论医学层面的医学人文是医学的学术向度、皈依与终极关怀问题，是医学的学术境界的命题，医学终归是关于生命的学科，是关于人的学术。技术医学层面的医学人文则是对技术主义的反思，是对技术与道德异化的拨乱反正。

从广义层面追索，还会引出医院场景中的医学人文话题，相对应的还有医院外作为社会语境的医学人文。医院内的医学人文涉及管理学的命题，是外在的约束，市场的约束，是服务优化的要求，而医院外的医学人文则是科学传播的命题，涉及到职业群像与社会认同、危机公关。在当下，院内“医学人文”的“贫血”与院外“医学人文”的泛化现象并存。

医学中的人文更多的理解还有医疗过程中的医学人文命题，以及医生角色语境中作为职业养成的医学人文命题。

医学人文的另一种理解是“医学与人文”，追溯起来就更复杂了，几乎就是一个“边缘学科群”，医学哲学、医学史、医学伦理学、医学与宗教、医学与艺术、医学与语言学都是派生之题。而这些学科都有成熟的知识建构与研究径路，相形之下，医学人文作为群项表达的概念便“空壳化”了，研究者更趋向于使用内涵精准的二级概念，譬如，医学人文在许多学术场合下是在讨论医学哲学与医学伦理问题，严谨的论著常常回避使用“医学人文”的概念。

“医学人文”之所以沦为当代学术“幽灵”还缘于它在话语“时态”上的不确定性，如果从现代性的角度来分析，它脚踏三个时空，但在哪里落脚却完全因人而异，没有确定的姿态。

其一，它被定义为“前现代”(中、西不论)的人文传统，所以，许多人一说起“医学人文”就要追溯先贤的功德，就要发思古之幽情。这一派怀古学人以中医为主，他们把人文等同于传统的温习，眼睛盯着历史文献，完全以前现代(古代)的人文价值作为标尺来卡量当代的医学与医疗实践，他们信奉

“古已有之”的观念,迷恋于“拾脚印”,无论是中国古代的儒释道传统,还是西方古代的天主教教义。价值决定视野,他们对现当代医学人文资源关注不多,他们的理想是复活古代人文精神,因此,对当代医学的人文建构有参照意义而缺乏开启意义。

其二,它是近现代知识论、学术民主价值引领下的“拼盘”份额,是“调和论”与“会通派”的理解。这些人崇尚“多则好”、“和则利”的准则,他们视野广阔、心胸博大,极力撮合科学与人文、中学与西学的关系,填平它们之间的鸿沟,却忽视了两者在知识向度与价值皈依上的“差异性”与“不可通约性”,常常上演“拉郎配”的闹剧。

其三,是坚持颠覆性的后现代版本,他们是一些“反思派”与“革命家”,信奉“怀疑一切”的观念,认定“进步源于批判”,“真理不畏挑战”,他们调皮地将赛先生“为真理而真理”的旗帜改写为“为批判而批判”,发誓要在医学与医疗过程中掀起新一轮“启蒙运动”。在他们的眼里,医学人文存在的价值就是不断地挑战医学科学与技术的迷失、医疗制度的失措与医生的道德滑坡,医学人文与医学科技、医疗体制的价值博弈才是正常的学术生态,医学人文不能也不应该成为当代医学科技、制度霸权,人性、人道堕落的帮闲与帮凶,而应该成为功利主义与技术主义的克星。

眼下,这三路“英雄”之间摩擦不断,尽管时态不同,语码不一,争论却在升温。

经过一番概念内涵与径路的梳理与洗刷,“医学人文”的面目可谓由模糊逼近清晰,但是,有了渐渐清晰的面目就未必不再是“幽灵”,因为,当一群人在忽明忽暗的山坡上朝着不同方向、以不同的速度奔跑时,他们各自的面孔与姿态依然会继续“幽灵”下去。

二 “无用的学问”与有趣的思考

常常可以听到这样的议论,医学从业者学习一些医学人文知识,培养一

些医学人文素养，是职业修养的需要（可以提供职业服务中的人文关怀、心理按摩），而不是专业拓展的需要，因为，遵从当下医学教育所树立的技术优先与生物专业知识论的学术价值来评判，医学人文的知识与素养一不会杀灭病因、逆转病情，二不能丰富技术层面的医学知识，完全是一堆无用的学问，其知识向度与医学专业的核心知识与技术完全不同轨，是两股道上跑的车。因此，对于专业人士而言（嘴上不说，心里清楚），着眼于专业技能的考量，医学人文是或然的、边缘的、辅助的、几近无用的知识，是可有可无的职业情感训练。

医学人文果真是无用的学问吗？细细分析，也不尽然。医学人文思考对医学专业技术创新的孵化与增值的潜在意义重大，只是它的切入方式不一定是线性的积累与建设，而是怀疑的、批评式的“反弹琵琶”，甚至可能带来革命性的“核心篡改”、“路径颠覆”，成为新思维的“酵母”、新学说滚大的“雪球心”。空说无凭，可有古今案例来证明？

篇幅所限，历史上庄严的“藤”与“瓜”暂且不去深究，单说说这当下的现代医学思维定势被人文或人文医学话语“颠覆”的趣理妙识。在这里“颠覆”可不是组织乱党去搞恐怖造反，而是在现代医学理论与方法的惯常状态中寻找悬空点、冲突点，继而为创新性思维披荆斩棘，凿“墙洞”，开“天窗”。

快快说来，都有些什么有趣有识的话语？譬如古今熟语中的“情窦初开”、“色胆包天”，没有人不明白这两句成语的意思，但要科学地深究起来，还真有些“悬乎”，如果我们去请教解剖学教授，“情窦”在哪里？几时初开？几时洞开？“色胆”又位于何处？与现在的“胆囊”是一回事吗？解剖学教授会横竖打量你，不明白你是发高烧还是精神不正常。从来没有人这样当真过。但是一旦认真起来，这“荒唐”的背后还真藏着一道反思之门。人类的情感、色欲不是凭空产生的，从科学的、唯物的观点看，一定有物质基础，现代医学也认定有功能，必有结构基础与代谢过程，这就是“结构（解剖学）——代谢（生物化学）——功能（生理学）”的递进依存关系。按照这一定律，问题就冒出来了。“情窦”、“色胆”的解剖部位找不到，后面的情色“代

谢”与“功能”就会悬空？其实，对于医学专业人士来说，后面的问题已有理论与实验依据，有其他的生殖腺、荷尔蒙代谢、运转规律，回头可以向发问者交代，“情窦”、“色胆”不过是百姓语汇、虚拟概念，说说玩的。不过，也还有交代不了的。譬如“经络”悬案。经络实体的研究花了纳税者大把大把的金银，至今还是一篇“白卷”。50年前有位北韩的金老兄吹牛，发表论文宣布他发现了经络实体，并且急匆匆地以自己的名字标示，叫“凤汉氏小体”，可是全世界的实验室的同行都找不到这个神奇的小体，于是怀疑他作假，气不过，金凤汉“含冤”自杀了。以后几十年没少花功夫，装备不可谓不精良，几百万倍的电子显微镜都用上了。尤其是“文革”期间，经络麻醉一时成为新中国、新医学的头牌成就，这经络实质的研究就像公安特警的工作，必须限期破案。但终究还是急不出来，至今“经络实体”仍在“缉拿”(探究)之中。虽说经络实质之谜待解，可经络传感现象却实实在在，那“结构—代谢—功能”的铁律是否就要“颠覆”了呢？就像这天底下只要找到一只黑天鹅，这“天鹅总是白的”的结论就必须修正。同样，只要有一个解剖结构悬空的功能态存在，生物学中必须建立在实在“结构”基础上的生理“功能”研究定律就出现了缺口，大而观之，医学认知中的还原论、唯物论的根基也随之松动。当然，现代医学理论与方法的大厦坚如磐石，不可能被一个经络实体悬案所击垮，但这个特例横在大厦前方，的确有些煞风景。于是，合计着将它搬走。一种办法是用老定律来圆场，结构是有的，就是解剖学中的“神经-内分泌”系统，但科学圆场也不容易，因为，经络传感的路线有时与神经内分泌组织的分布不尽相同。随着网络技术的兴起，网络虚拟空间的存在，譬如，虚拟广场感的建立，几万、几十万人不需要走到一起就能够同在共鸣、同喜同乐，甚至连做爱都可以在虚拟空间中进行，简直匪夷所思，人们似乎找到了破解悬题的另一条思维路径。当然，网络再神奇也还有信息技术的光缆基础，还有强大的服务器，这让人们想起人类的大脑，至今还是一个“灰箱”，半明半暗，有一天，脑科学有了大的进展，经络悬案可能会有新突破。另一种可能就是物理学前沿研究中的“暗物质”，如果在“暗物质”层面找到经络实质，也

就平了“还原论”者的一场惊梦。

今天关于“情窦”、“色胆”、“经络实体”的辨析，说来没有科学的意义，不过是一次智力漂流的游戏。这种游戏在如今板结的医学教育中已经找不到什么案例与空间了，但是自有它别样的意义。不管怎么说，在现代医学的大厦面前，晃着几只“黑天鹅”，对于楼里确信“天鹅总是白的”的赛先生们是一服清凉剂，对于只在医学教科书里寻依据、找结论的医学生来说，也是一次思维“逃学”的体验。依我的生活经验，逃学的学生说不定后来有别样的出息。

第三讲

现代医学的人文审视

一 医学的“混账”

在我们的日常交往中，有些词语是需要进行一番甄别的。譬如“胡闹”，原初的意思大概是指“胡人(老外)的嬉闹”，并无贬义，不知什么时候我们的先祖看胡人不顺眼了，或者被胡族戏耍了，抑或大汉民族的自大意识膨胀了，一怒之下，把“非我族类”的胡人的闹腾节目给“贬”了，于是，把“胡闹”定义成“不合情理法度的勾当”，实在是词语之林的“冤案”。再说这“混账”，本来意义是商务交往中的“账目混杂”，它会给正常商务结算带来一些混乱，解

决起来并不难，招来交易双方坐下来细细分辨开就是了。不知什么时候开始，“混账”也变调了，逐渐演化成一个道德感、情绪感都很强的训斥语。其实，这世界是复杂的，许多事、许多学问都遵循“混沌”的原则与规律行事，不会全是“小葱拌豆腐”，需要“顾左右而言它”。因此，我们不能完全以会计或审计的头脑处事，把“混账”的眼光与多元的思维统统打倒，也不能一听说“混账”就毛孔发冷，以为在挨骂或者受斥。

无疑，人类认识自身的医学是复杂的，它的身份就有些“混沌”，“医学是什么”一直是一个问题，是科学？是人学？在国人这里，无论是知识分子，还是普罗大众，都坚信医学是科学，只有“一小撮”人文学者认为医学也是人学（包括人的科学），但在西方，“医学不是科学”的认知却是十分普遍的。或者可以折中一下，既是科学，又不是科学，基础医学是科学，临床医学更多的是技术与艺术，因此，诺贝尔奖的医科项目叫“生理学及医学奖”。

要厘清医学的属性问题，还得先定义好“科学”的内涵与外延。在中国，社会大众语境中的“科学”是真理的代名词，是正确性、实用性、权威性的知识与方法。在这个意义上说话，医学必定是“科学”，这涉及医疗活动的社会合法性问题。

严格意义的科学源于西方的两大历史思潮，一是古希腊学统中的“为真理而真理、为学术而学术的，而非功利地对自然界的纯粹理性与客观秩序的探索活动”。这种类型的科学，“五四”时期被译成“赛先生”，颇为传神，它的特征是内在性、纯粹性（非功利性）、批判性、建构性，科学思想史家吴国盛称之为“沉思型的科学”。

科学的另一个理解是指欧洲大陆在文艺复兴之后，伴随着近代实验技术与方法兴起而出现的“以预测为先导（自觉的而不是自发的）、锁定特定的研究主题与条件、随机取样、可重复实验、运用统计方法进行结论分析”这样一系列重证据、重实证、重数学运用的还原论研究流程与形而上学的思维范式。其特点可以归纳为真理性、探索性、客观性、随机性、可重复性、功利性，吴国盛称之为“力量型的科学”（又一说为“实验型科学”），

如果按照广义的科学定义,医学即科学没有疑义,但如果遵从严格意义上的“科学”传统与立场,医疗活动中的许多程序与内容是必须“入另册”的。譬如“病因”,科学的病因学必须是客观的,因果链条的演进关系是循证的、确凿的,统计数学的导入提升了医学群体研究、疾病一般规律的认知水平,但是无法突破“个体”医学研究的复杂性“高墙”,抵达“个体”人类的多样性、复杂性包裹的“真理内核”,何况我们当下许多的病因追究仍然是离体、动物体、静态的,单因素的,单向度的,线性的初级研究,需要在活体、人体、动态的,多因素的,多向度的高级研究层面上“补课”,因此,许多情况下,尤其是个体疾病的因果分析都是推测性的、或然的、片面的。现实的研究瓶颈是“脑科学”的精微奥秘至今迷雾重重,人类的躯体性,即生物学属性与灵魂性,及心理学、社会、人文属性无法在这里融会“并账”,只能简单“混账”。

病因学的“混账”境况必然波及到治疗学,科学的治疗应该是针对真实病因的“靶心”处置,但无奈我们很多情况下无法寻找到真实的、彻底的、完整的“靶心”,也就无法给出病因学治疗,而只能作发病学、症状学处理,甚至只能作泛化的准心理学治疗(安慰剂治疗,而不是严格意义上的心理治疗)。心术不纯者更是为了提取药品奖励,把有用的没用的甚至有害的药品统统堆上去,开的不仅仅是学理上,更是良知上“混账”(医德沦丧)的处方。回顾一下近代医学的历史,检点一下自己的医疗行为,医学都干了些什么?都能干些什么?我们应该建立自省力,尤其对于人类在医学上的“拯救力”(干预力)不应该太狂妄、过分乐观,要常怀敬畏之心。在临床上常常有这样的现象,资深大夫说话、下结论比较谨慎,多是“以 XXX 多见”、“以 XXX 可能性大”、“我们将尝试做 XXX 治疗”云云,恰恰是初出茅庐的医学生口气最大、结论最肯定。同样,在美国有一个不知名的撒拉纳克湖,湖畔有一座医生的墓庐(里面安卧着一位不知名的特鲁多大夫),墓碑上这样写道:“有时,去治愈;常常,去帮助;总是,去安慰。”这个墓志铭大概真实地表达了近 200 年来人类医学与医疗的心态与姿态。

也许,仅仅从理论医学与伦理的层面来讨论有些“干涩”,我们可以回到

鲜活的医疗生活中来“拉家常”。医师与病人共同的一个日常经验就是——疼痛。在临床上,疼痛是最普遍的主诉,最直接的求医动因,是底座最庞大(病因最庞杂)的“冰山之尖”,也是遭受社会批评最多的医疗项目,如“治标不治本”的症状学处置,“头痛医头,脚痛医脚”的局部治疗,其实,根子都在疼痛形成、表现的多元性、多样性、复杂性上。在患者的主诉中,疼痛的叙述(部位、频率、强度、忍受度、伴随感受、前因后果等等)是最主观、最直觉、最个性,也最富有想象力、最离奇、最矛盾的“文学”与“司法”素材,每一次疼痛的发生与演进都有一个精彩的人生故事,都是一个心理、社会事件,一个判例,甚至是一个精神事件,仅仅从生物学向度去解读是份内的、省事的,但是苍白的,也是片面的,但一旦归于心理、社会、人文的非躯体领域,又是一场无谓的“知识游戏”,依当下医疗现场的繁忙景象来说几乎是奢侈的、几近无聊的“虚韬”与“折腾”,最终难以在有效处置上有所“作为”。所以,许多临床大夫不愿意接受“混账”的多元探究思维,而惯性地循着生物学还原论的思路继续“分帐”下去,一时恐怕也难以指责他们。不过,一旦脑壳里(脑科学)的秘密被破译,生物—心理—社会—人文的交换密码与机制被找到,局面就会发生巨变,其意义将会大于 DNA 双螺旋模型的发现,也会比 DNA 的模型与机制美妙复杂,到那时,人类不仅可以轻松地疗治疼痛,还将在更广阔的天地里认识生命、疾病、死亡,驾驭自身的命运。

“风物长宜放眼量”,如果着眼于未来医学的远景,着眼于医学的“必然王国”境界,当下还应该有那么一些“混账”的宽容和进取。

二　医学的颜色与变色

医学是什么颜色?大概没有人认真问过这个问题。其实,这也算得上是一道医学人文的母题,因为它不仅是一份职业的社会表情,同时也是一道职业自省的精神豁口,只是常常会被世人担心流于感性,因而不归入严肃的思考。对个体经验而言,色彩的感受具有社会性格,能折射出人们的心理、

审美特质，同样，通过一门学科和职业的颜色也能解读它的人文禀性。不信？试试吧。

作为社会公共愿景，医学是红色的，那是“红十字(红星月)”旗帜的颜色，它闪耀着人道主义的光芒，热烈、奔放，同时又慈悲、善良；在战地，在灾区，垂危的伤者，奄息的病人，只要举头相望，还能看见飘扬的红十字旗帜，生命就有希望。红十字精神之所以伟大，在于救助不分阶级、政党、信仰、意识形态、种族、肤色、性别、年龄、尊卑、贫富、美丑，展示了一种博大无私的爱与纯粹。

作为生命与人文的寄托，医学是绿色的，它是大自然的本色，绽放着蓬勃之花，涌动着盎然生机；人类在自然医学阶段，治病疗伤、内服外敷的药物大多是生鲜草木(虽有动物、矿物入药，但绝大多数是植物药)，医、患眼里一片绿色的天地。它也昭示着人与自然、病人与医生之间的和谐关系。

作为心理关怀，医学是蓝色的，疾病常常伴随着焦虑，甚至是恐惧，蓝色可以给人以安宁、恬静、温情，面对生命的陡峭山坡与悬崖，不再沮丧，不再忧伤。

作为现代职业象征，医学是白色的，“白衣天使”给人的第一印象是洁白的大口罩、整洁的白大褂，背景是白病房、白床单、白机器、白药片，它喻示着无菌、敬畏、肃穆、神秘、距离、服从与纪律、巨额的消耗与艰难的支付，也飘来几丝淡淡的寒意，同时透出浓烈的技术主义的肃杀与消费主义的沉重。

其实，在熟视无睹的现实生活中，医学的颜色是朦胧的、杂色的，对许多人来说是无意义的。人们的视觉体验似乎已经失去了“人文的记忆”，这是令人感到悲愤的。我们不是一群思想的动物吗？但细细一想，也许这种追问完全是一种苛求，不是人们不愿意思考，而是缺乏“精神拷打”的径路，毕竟当下医学人文的空气是稀薄的，人文思辨的“扫帚”还不及职业底色的“房间”，我们需要来一次彻底的“重新清扫”。

我们常常用“变色”来表述革命与颠覆，来描述社会的转身与政权的易帜，其实，医学的“变色”也是近代社会转型中一道特有的风景(暂且不去追

索远古先民由“本能的医学”向“经验的医学”的演进），17世纪中叶以来，人类医学在短短的100年里，就完成了从“经验的医学”到“实验的医学”的“变色”与“转型”。在中国，这个进程晚了200年，但时间错后，大戏照样演，只是剧本有些“变”，19世纪初，西医大举进入华夏，中西交争，也用了100年，医疗与保健主体易位，传统中医不断地边缘化。无论是最早发生在欧洲的那场“变革”，还是发生在中国的这场“转身”，都是一次“变色”，其基本模式是知识与技艺方面由“绿”（自然主义）变“白”（技术主义），人文主义追求与道德实践方面由“绿”（人本主义）变“红”（人道主义），同时也在不断变“黄”（拜金主义、消费主义）。变而化之，蔚然成风。因此，从思想史的“有色眼镜”看去，百年医学的激荡变迁是政治体制、思维观念、人文、社会、科学、经济生活“巨变”的一个混合反应，一个鲜活的“变色”标本，它对东西方来说都是“人文传统的失落史”，是“科学建构的突进史”，还是“人文传统与科学建构的冲突史”。也许它的表征只是服用的药物由“绿”变“白”，医疗场景由“家庭”转到“医院”，由徒手的“望闻问切”、“视触叩听”到“声光电磁”的探头“包围”、“血气液津”的精细化学分析，由简陋的“刮骨疗毒”到精妙的“器官移植”，我们“征服”了大量“微生物”的“叛乱”，我们也“替换”了许多失职的“人体零部件”，甚至我们已经从基因层面破译了生命与疾病的密码，不久将可以控制“生老病死”的进程和“扳机”。这一切都是不争的事实。我们有理由“欢呼”，有资格“加冕”，但是，我们还不能说人类医学完全掌控了生命的“波澜壮阔”，在疾病地图上，我们已经“占领”了“交通要道”，但离全面“光复”还很远，何况疾病的版图还在不断地扩张。最应该反思的是在“一路高歌”的突进中，我们还需要“谦卑”与“敬畏”吗？我们也需要“盘点”我们当下的技术进步曾经付出了多么沉重的社会代价，我们还应该“丈量”曾经、即将面临的“思想沼泽”有多远，我们将如何跨越？譬如：技术主义的异化如何限制？消费主义、拜金主义的贪婪（另一种“白色污染”）如何遏制？技术完美与道德完美的分裂如何弥合（“红”与“白”的交汇）？失落的医学人文传统如何找回？又如何创造性地重建新的人文主义大厦？这无疑是一次医学角色

与视野的重新确立,我们这一代医学家大概不能只是技术前沿的“狐狸”(智者),而应该成为背负人类生命质量提升、创造社会福祉的“大象”(圣徒)。

总之,职业的“变色”成就了医学的繁华梦,也带来它痛心的人文失落。这似乎应了“熊掌与鱼不可得兼”的事理。但历史不会倒退,去重新唤回技术短缺时代的那份无奈温情,我们渴望的是人们能在技术飙升与人文抚慰之间实现一份自洽,创造一种和谐。

三 现代医学的向度

“向度”是什么?它是一个物理学概念,意思是说物理量的递延具有一定的方向性,是一个“矢量”。后来,人文研究把它引入精神生活的梳理与建构,借用它来揭示思想流变的多向性与当代思潮的多元生态、主流趋势。毫无疑问,这个概念和它提示的思维镜像,对医学生与他们的老师来说有些陌生,因为,这之前很少有人用这个概念来叩问医学,说来这恰恰是院内医学人文“贫血”的标志。(说来奇怪,科学人文的学术人群反而熟知这个概念)。

医学是人学,它不仅仅是人类关于自身形态、功能、代谢现象与规律,生理、病理、药理知识,诊疗、护理、康复技术体系的建构历程,也是生命中痛苦与关怀、苦难与拯救,职业生活中理性与良知的搏击、升华的精神建构历程,因此,医学的精神向度是相当丰富的。现代医学是医学发展的最新阶段,它所呈现的精神向度不仅是丰富的,而且是精彩的。

向度思维是学科前行的战略审视与考量,具有这种思维境界的人不多,也不必多,各个学科都一样。在现代医学园圃里,早在20世纪70年代末,就有一位叫恩格尔的大夫,极力倡导医学模型的转变,推动医学由“生物医学模型”向“生物-心理-社会医学模型”转变,力求从本质上改变现代医学的视阈,丰富现代医学的向度。这一变革直接改变了人类“健康”的基准与定义,健康“不仅只是没有疾病和虚弱,而且应该在躯体上、精神上、社会上保持完满的状态”(WHO关于健康的定义)。虽然这一转换对于现代医学的向

度拓展是有限的，它只是初步延伸到社会学的领域——心理学本来就是现代医学的“近邻”，相形之下，现代人文学科不过是它非常边缘化的学术“远亲”——尽管如此，对于现代医学的“现代性”凸现却具有划时代的意义。在思想界，学术的“现代性”不仅仅是学科知识的线性递进，只在内容上呈现当代形态，而是在演进路径、学科形态、思维方法等诸多方面对既往知识本体进行反思与批判，并在反省中完成螺旋式提升。其中最鲜活的命题、最迫切的使命就是对“知识技术化”的冲刷，以及对“知识思想化”的培育。而“知识技术化”恰恰是现代医学的致命伤，论及“知识思想化”的气息，现代医学更是相当缺乏。

知识的技术化，表现为两个特点：一是在非常狭小的范围之内，处理一点一滴的问题（有类与医学研究中的还原论思维与形而上学方法）；二是这种知识，以及研究主体都努力与活生生的人和社会相疏离。相反，知识的思想化则从活生生的人与社会的关联上做点滴的事情，融合成完整的人，汇流成完整的社会与时代，成为一份人生与社会的承担。在法国存在主义大师萨特看来，前者只是技术家，后者才是真正的知识分子。在现代医学与当代医学家的面前，也横着这样一个岔路口，是走知识技术化的路，还是走知识思想化的路？这关涉学科的未来活力和职业的尊严。少年时代读西方乡村小说，依稀有些共同的回忆，就是小镇的“良知”总是由三个人来承担的，牧师、校长、医生，遇事镇长都要问策于他们，似乎威猛的警长也只是“劳力不劳心”，细心想来，作为小镇灵魂人物的医生大概不只是会处理躯体的伤痛而已，而是具有良好的人文素养与超凡的人格魅力。

人文主义，无论是人文主义理想，还是人文精神抑或人文知识谱系（哲学、历史、文学、艺术、宗教五大学科）对于医学都是一个传统而又崭新的向度，比恩格尔的“生物-心理-社会医学模式”更加“波澜壮阔”。它不是对技术向度的稀释，而是对它的“立体性”丰富，不仅对医学与医家的精神内涵有极大的拓展，同时也给医疗以“矫治性”（建设性批判）提升与人性的滋润。因此，现代医学人文的兴旺之日，也是现代医学的现代性“灿烂”之时。

何谓医学的“现代性”的灿烂？它是“有用”的医学(人文主义并不排斥技术向度的充分发展)完成从“有效”的医疗到“高效”的医疗的技术飞跃,继而成为“有理”的医学(理论医学)、“有根”的医学(医生)。在这里,不仅只是述说技术之理,还应该展示哲思之理、智慧之美,有历史的积淀,有人文的渊薮,有伦理的关怀,有人与人心灵深处的呼唤与辉映。由此真正超越医学的技术功能,成为“有情”的医学(医疗)、“有趣”的医学(医疗与医生),归根结底,成为“有生命”的医学。那才是“现代性”医学理想的港湾。

由此看来,我们完全有理由热情地拥抱“医学人文”,把医学多向度发展的罗盘同时对准医学人文的向度,提速!!

四 现代医学的“内衣”

“五四”学者是开放的,也是有趣的,他们把西方的“科学”与“民主”迎请进华夏九州,冲撞了五千年的庙堂文化,闲时还不忘给它们一一冠以中式雅号。根据词首发音,科学成了“赛先生”,民主成了“德先生”,琅琅上口,一来将严肃的概念拟人化了,二来也将高深的学理世俗化了,人们谈论起来便顿觉轻松、亲切。根据这一原理,这近代舶来的西方现代医学(Medicine)便可称之为“麦先生”了。

其实,从“科学”到“赛先生”、“民主”到“德先生”,语境与语义是有着些许差异的,“科学”的理解偏向于知识本体,是人类的一大知识体系,而“赛先生”则除了知识之外,包涵着它的文化土壤,同样,“民主”侧重于学理、制度、实践,而“德先生”则可能囊括知识之外的历史传统、社会与精英表情等等;前者是“硬”表述,后者是“软”表述,打一个俗的比方,前者是原生态,“光着膀子”,后者出了厅堂,“穿上了衣服”。所以说,回眸 80 年风云际会,叩问“五四”的使命是否完成,一定要看你定的什么标准,是“科学”的标准,还是“赛先生”的标准,如果是前者,成绩斐然,若论后者,打些折扣,也就是说“赛先生”被扒了“衣衫”,“光着膀子”进了国门(相反,“德先生”的“衣服”被允许

拿进来了,“身子骨”并没有挤进来)。拿近代思想进程中的大是大非命题打这样的比方确有些不雅,但仔细想想还算贴切。

回头来看看“麦先生”,论血统,它没有“赛先生”纯正,它是一个“混血儿”,有科学的血脉,也有“人文学科”与“社会学科”的基因,但是,在中国,一般的理解都是将“麦先生”看成是“赛先生”的兄弟,姑且如此吧,我们也可参照“躯体”、“衣服”二分法的思路来发些议论。

毫无疑问,100年来,西方医学的知识、技术在中国的传播与运用十分深透,而且,“麦先生”也不曾跳过“脱衣舞”,相反,它的“服装”还不少,有西装,也有中式大褂,有时装,也有唐装,这几年,医院管理几乎“全盘西化”,医学社会学系列、医学人文系列也大举登陆,医学模式转换的呼吁、医学目的讨论,医学伦理论争都“热热闹闹”,外加传统文化中的儒道国粹近来备受推崇,中西会通的实验也给“麦先生”披上不少中式衣衫,总之,“麦先生”的外衣是越来越华丽了。随之而来,医疗体制改良的“药方”越开越猛,圣徒式的典型人物越树越多,无私的先进事迹越讲越神(先进人物的道德奉献不是一种普世的伦理实践),但是,医患关系越来越僵,道德空洞越填越大,20年风风雨雨的“医疗改革”近期还被某研究机构宣布失败,真是委屈,为什么?没有人说得明白,其实,若是有跨文化经验,将今天中西两地的医学生活略作比较,或者循着历史的线索去追忆上世纪初叶的医学教育与医事活动,不难体察到“麦先生”在今日中国的“不爽”与“尴尬”在于他“光着膀子穿西装(或唐装)”,实在是少了一件“内衣”。

这是一件精神的“内衣”,它是每一位投身医学职业的人士毕生中对生命意义与独立职业价值的追索,是一份映照职业生活全部的“终极关怀”,是从业者心灵深处独立的价值高峰与行为“戒尺”(职业图腾),它可以清晰地表述为——无条件、无理由的“善”与“向善”(前者是职业价值皈依,后者是职业过程的体验与追求)。它常常表现为一种浓烈的宗教情怀(一种宗教式的职业献身精神与姿态,不一定非得“受洗”、拜神),一份对人类生命的无限虔诚与热爱。前一阵子,有经济学家预言:没有教堂的市场经济是危险的,

因为它无法分辨商业游戏规则("逐利"最大化)与道德沦丧(贪婪、强食弱肉)的行为边界。同样,没有终极意义烛照的职业生活也是危险的,必然会走向伦理失范、道德崩坏,对医学来说,尤其如此。而现代医学在中国的百年实践,我们常常在淡化、消解、迷乱固有的终极意义和独立的职业价值。

这种消解表现为两种形式,一种是以"真"压"善",这是技术主义者、科学主义者的姿态,我们的大多数管理者也接受或默认这一观点,推行的结果是技术进步、人性淡漠、道德滑坡,当一群职业人完全失去了道德敬畏时,他们的集体意识与行为一旦失范,将是一幅十分可怕的社会景象,不幸的是这一景象似乎正快步向我们走来。二是以"公共价值"来取代"独立价值"("大一统"意识作祟),这是王道主义者的主张,从"天下为公"、"平等、博爱"到各种倡导奉献的"主义"都是阶段性的、公共的社会价值追求,但医学作为特定的职业,有着以"人道主义"为基线的独立价值(而且不应该在它身上加任何定语,包括"革命的"),还应该允许医学的职业生活与俗世的宗教生活结合,共同完成"善"与"向善"的心灵净化与道德实践。在全世界的医务界,"红十字精神"除了人道主义本色(拯救、施舍、同情)之外,也涵括准宗教的普爱精神与奉献精神。"麦先生"在西方就与基督文化有着紧密的联姻,中国现代医学教育与交流的先驱们也大多具有深刻的宗教背景与宗教情结,这一选择似乎没有什么罪孽,相反还笃定了他们无私服务社会的坚定信念。中国一流的热带病专家钟惠澜教授在回忆一代名医林巧稚的德行时曾深情地说:"林大夫和我都曾经是虔诚的基督徒,笃信耶稣,但并不是一种宗教迷信,也从不做礼拜。只是崇拜耶稣为人群献身的精神,并以此为自己行动的信条。"(在厦门市各界纪念林巧稚大会上的发言)但是,我们的一些当权者却把这种内心深处的道德与宗教自省看成"洪水猛兽",一律予以"清洗"。在随后的数次政治运动中,林大夫这一代人经过"洗澡"、"割尾巴"、"灵魂深处闹革命"、"思想改造","驯服"地剥去了"麦先生"贴身的这一件"内衣"(在西方有一句民谚:医生不信教,病家不上门)。相反,公共道德教义中浸泡的后一代人在离开政治高压的时代转入市场经济的价值环境时,他们的职业

奉献与道德自觉远不如当年林巧稚(改造前)她们那样笃诚、坚定。善良、纯粹的基线伦理与道德追求被私下里讥为“犯傻”,频频发生的医疗失职与腐败事件已成为千夫所指却又司空见惯的社会顽疾。更可怕的是责任人的嘴上全都挂着优雅的职业微笑,面对媒体与公众,满嘴都是高调的公共道德教条,知与行断裂,诚与信丢失。这比单纯的道德沦丧更要命。对此,抱怨与讨伐大概都无济于事。依我之见,还是赶紧为“麦先生”找回那件丢失的“内衣”,或者再置办一件新的合身的“内衣”。都难,都难!

五　医学的艺术与艺术的医学

把医学与艺术两个概念搁在一起,就会冒出若干个不同的组合词义,就会打开好多扇心灵的窗户,让舍身医学与艺术的人都眼睛发亮。其一,医学与艺术,这个题目之下可以谈论两门学科的因缘际会与比较意义,下笔满可以纵横捭阖、倾江捣海、说古论今、声东击西,成就几篇博士论文一定不会内容单薄;其二,医学的艺术,其实要谈的是医学家的艺术,因为,在世人眼里,医学是一门好手艺,它能延缓甚至阻止死亡的脚步,它拯救病中的黎民,它还能养家赡亲,更有另一重深入的理解,它是医学家手头的艺术活,医学水准的高低,评判的标准最终不在书本知识的莫测高深,也不在各种诊疗仪表板的神秘闪烁,而在医家心思的细密与睿智、手头功夫的独到与娴熟,前者是思维的艺术,后者是指尖的艺术,它们是脱离知识体系而依附于医家的实践和技巧的个体发挥,也与他的职业训练、学术经验、综合素质、身心禀赋息息相关,因此,临床医学本质上是技术与艺术的高度融合,此话一点不假。20世纪医学的辉煌,除了对病原微生物的卓绝征战,就是器官、组织的替代,从断肢再植,到器官移植,再到人工器官,各种手术越来越精细,外科大夫的手艺也越来越精巧。不过,最新报道的智能机器人手术,切口窄,创面小,出血少,而且动作规范,术中没有多余动作,比人更灵巧,看来,医学的手艺终有一天将会被机器所“替代”,医家的智慧也会受到电脑的挑战,说来不

免有些秋雨中的惆怅感;但一想到电脑键盘上的那只手依然接受人的智慧驾驭,医学的手艺还可以代代相传,仿佛春天的阳光又洒满大地。

如果我们漂游在人类医学历史的长河里,医学的艺术更多地属于经验医学的时代,那时候,人们的医学研究水平低下,生理、病理的专业知识大多源于大体解剖观察与自然界物候的比附联想,疾病的概念语码十分地世俗化,医学理论也相当地不完备,肉身器官之外的辅助器械也很少,诊察疾病手段简单,无论是望闻问切,还是视触叩听,都需要悉心揣摩,由"臆"达"悟",随机的、现象的、比附的、主观的、非标准化的诊疗使医学中"艺术"的积累与发凡有了海阔天空,当时的医学专著与病案记录也几近文艺作品,因此,中国传统医学有"医者臆(艺)也"的心法。西方实验医学的兴起,使得基础医学发生翻天覆地的变化,人们借助延长肉体器官功能的高精理化设备,对形态学、功能、代谢的描述与分析有了长足的进步,一系列受控的、功能的、镜像的、客观的、标准化的生理、病理、药理指标体系逐渐建立与完备,临床诊疗也日益规范化、系统化了,由此便大大限制了传统医学的"艺术"空间,使它失去"弹性",变得刻板起来。从医学知识的进化历程看,医学的发展史就是一部"去艺术化"的科学醇化的历史。如今,我们所能感受到的那点"医学的艺术"只是一种重复操作造就的"娴熟",缺乏任意挥洒、肆意创新的自由与潇洒了。在人类认知的价值与方法的谱系里,科学与艺术分属于南北两极,性格迥异,一个追求真理的真实性、唯一性、客观性、必然性、可复制性、驯化,一个捕捉直觉的感受的、多样性、心灵化、偶然性、瞬间性、意会性、野性。苏霍金的说法是艺术是"我"(单数)的艺术,科学是"我们"(复数)的科学,记得一位野狐禅学人曾不无趣味地说起,科学是"立正",艺术是"稍息"。按照斯诺的著名论断,二者被划分成"两大文化"。无疑,今天的现代医学早已告别经验主义的艺术时代,不再是"一双赤脚",早已"洗脚穿鞋",从知识到行为都被西方来的"赛先生"彻底教化成器了。但是不是艺术家部落里流行的散漫、不正经、甚至是离经叛道的奇怪念头(如"外科治疗内科化,内科治疗外科化")、歪歪肠子、花花心思都应该彻底洗刷干净,才能在独

自的领域里修成正果呢？大不然，苏霍金的观点是科学与艺术之间“既遥远，又相近”，尤其在创造的天地里，有着共同的道路，都意味着亲近灵感，都必须同混乱作斗争。在一些大科学家的箴言簿上曾经这样写道：“我们从事科学是出于对艺术的热爱。”在许多科学大师的眼里，科学的至高境界是艺术化的科学。

医学有可能成为艺术化的科学吗？这是一个问题，它还可以掰成两半：前提是为什么要成为艺术的科学，主题是怎样成为艺术的科学。

先得解决前提问题，为什么要成为艺术的科学，理由并不曲折，首先还是因为医学是人学，不是机器的医学，诊疗过程的诗化、艺术化不止是职业理想，也是人性的暖流奔涌的地方，为的是医患（主客体）之间的交往与交流超越技术的冷漠，将生命的舟楫摇入情感依依、情谊浓浓的“外婆桥”。当然，飞越感性的体验，进入哲学思辨的空间，不难发现医学目的诗化将带来医学意义的诗化与医学未来图景、终极价值的重新发现，使医学成为理论海拔不俗的学科。不过，这些命题有些灰色，离鲜活的职业生活有些远，还是留给书斋里的学问家去“闹腾”吧。对于临床一线、科研一线的“手艺人”来说，一个“艺术的医学”在召唤，不是催生技术操持的出神入化，就是激发创造力的喷薄而出。当然，如果在我们的眼里多一道社会批评的烛光，艺术的医学追求有助于平抑各色人等心中的原欲，在消费主义盛行的当今社会里实现一点点“去功利化”的人文夙愿。

最后让我们来叩问一下理想中的职业主题，也是一道当下的悬题(没有现成的思路与答案)：怎样成为“艺术的医学”？这项工作许多人都没有想明白，或忽视小视，或犹豫徘徊。当务之急是要让这份职业追求不只是作为一种个体策略，而要成为一份群体共识，不仅是医学学科与学术的外在呼唤，而成为医学生们、资深大夫们内心的焦虑与饥渴，因此，基础工作是培育和造就一大批懂得艺术化生存的职业医学家，为此要确立艺术化职业追求的医学教育“修正”大纲、课程方案、参考书目。未来还有相当长的一面坡要爬，等是等不来的，急也是急不得的。

第四讲

消费时代的医学人文价值

医患失语与“人”的失踪

征服疾病与敬畏生命

《南方周末》是时下最具影响力的大众媒体，其社会新闻版面近年来凸显民生立场，刊发了许多重大医患冲突的案例，对社会公议产生巨大的冲击，不仅表达了大众对医学、医疗、医院道德形象与职业行为的理解与情绪，也引出消费时代医学人文价值的重估和重建的话题。

无疑，这类案例大多是典型的，而且是情绪化的，既有“白毛女”式的冲突，多由医院方倚仗卫生行政、技术霸权独断强行、谋财误命，最终诉诸法律（刑法序列以伤害罪惩处，而不是单纯民法序列以赔偿而结案）裁决的，亦有“威尼斯商人”（莎士比亚的一出名剧，写犹太商人的劣行）式的冲突，控诉医者冷漠、贪婪，处事严守规则却消弥了固有的道德和人性温度，商业行为和价值恶性放大，最终也导致医患冲突的不可调和性。这类报道的集丛性不仅导致医疗职业的社会信任度低下，甚至还在一部分当事者心中形成顽固的仇医情绪。在此，我们不能指责或拒绝新闻监督的职能，但应该看到，这类案例的

频发并非偶然，决非一张“医疗腐败”的标签就能够包罗起来定性，也并非出几位惩治恶医的“包青天”就能够消解社会层面的信任危机。相反，在“白毛女”与“威尼斯商人”式的道德清算中，人们很容易以偏概全，将作为社会群体角色的医者无辜地推上审判席。其实，在现实生活中，医疗欠费、殴打医护人员致伤致残以至致死的情况时有发生。究其深层的原因，仍然是公正与信任的危机。靠单方面的职业道德教诲、道德偶像的宣传难以填平医患之间的信任鸿沟。此时，医学人文学科应该走出书斋，承担起消费时代医患价值重构的道义和责任，同时也彰显和重建自身的价值。

无须赘言，消费时代是市场经济的产物，它有别于短缺的战时供给时代与计划经济时代。对医学来说，知识和技术商品化了；对医疗活动和医院机构来说，一者医疗产品完全按照市场原则进入流通和交换，二者医疗消费的供求关系不断变化，买方市场的格局已经形成，在许多地方，卫生资源发生了结构性过剩；对于百姓来说，针对医疗服务的支付有了自主选择的空间；对于社会来说，卫生保健服务支付、交易中公开、公正、公平性成为政府监管、舆论监督、行业自律的新课题。在这里，“公开”可望打破医患之间的信息不对称，把药品生产、流通，器械使用的成本，专业服务中的知识技术含量充分告知给患者，帮助他们建立适宜的代价评估体系与支付选择能力。“公正”涉及到医患个体在医疗保健活动中各项权利，尤其是决策权、决策参预权的划分和制约，其基本权利是宪法赋予公民——也是纳税人(医患双方共享)的生命权和健康权(医疗权)。患者一方还享有支付所取得的消费者权利(在欧美以病人权利法案来确定)，包括叙述权、解释权、自主决策权、知情同意(选择)权、要求保密权、隐私权、追究权案等等；医者取得执业资格后享有隐私询问权、处方权、技术处置权、伤残与死亡证明权、意外伤亡的责任豁免权等，以及由消费服务合同(挂号为凭)关系确定后按合理价格执行的报酬索取权、遵医承诺征询权等。这些独立权利并不难认定和理解，难就难在医患之间的权利边界的划分与制衡，权利保护与道德自律之间的协同。医学人文的职能就是要提供公正与公平的合理性论证以及与人文传统的对

接。从这个意义上讲,消费时代医学人文学科的价值重建,其基点是实践性,即贴近世俗生活、直面现实危机、服务现实的制度创新和管理优化。

一 医患失语与"人"的失踪

医学人文并不神秘,作为一种理念,它倡导对人的关怀,主张以人(医院情境中主要是指病人或接受医疗服务的人)为中心的医学价值观。于是,医学的故事首先是人与人的故事,而不是人与机器的故事。这个故事从门诊开始,医患之间最普通的沟通是对话,即言语的交谈,包括叙述与聆听、描述与解释。今天的医患危机与医学人文的缺席就始于对话,熟视无睹却又十分严酷的现实是患者叙述权与解释权的剥夺,处在一种"失语"与"半失语"的状态,表面上看是叙述语码的世俗化与科学话语的严谨性之间的分歧,即社会语言与职业语言之间的不可通约性,本质上都是"病人世界"与"医生世界"的深刻差异以及技术与人性的冲撞。

毫无疑问,医患之间的交谈在约定氛围中进行,"陌生的听话人与讲话人"到"理想的听话人与讲话人"之间有着漫长的距离,除了少数亲情求医与友情求医,这个距离感的缩短需要人性与人格的黏合。也就是说,在技术服务之前,有一双方角色确认的仪式。其一,双方是平等的对话者、交谈者,病人有充分的叙述权、解释权,在自身病患诊疗过程中是积极的参与者。美国著名医学人类学家凯博文(Arthur Kleinman)在他的《疾病的叙述》(*Illness Narratives*)一书中论证了这种参与的合理性与必然性,即从现象学观点看,我们每个人都"是"(be)他和她的身体,而且"有"(have),即体验(feel)一个身体,生病的人就正"是"(being)并体验(feeling)一个与自我有别也可能与他者(正常或生病)相同的生病的身体,也就是说,这个人也可能像医生一样以超我之心在观察自身的病体,同时在体验自己的病患,比较平时的自我与病中的自我、当下病中的自我与既往病中的自我,还是按照自身病患意义模型(症状象征、文化凸显的病痛、个人各社会的背景)对它进行诠释和评鉴的

人，也就是说，他们既是故事的主人公，又是讲故事和收藏故事（病史）的人。在我们的医疗生活中，医患差异转换成医患冲突的起爆点恰恰就在于只重故事的结果，而忽视故事的主人公和讲故事的人。诊室里的对话十分简约（只是一个典型）：

医生：哪里不舒服？

病人：头疼（头疼可以是一个色彩斑斓的故事）。

医生：几天了（指的这一次发作）？

病人：三天了……（欲言，被制止）

以上是诊断学教授的主诉必备要素。随后的询问则可能是“公费还是自费？”“带了多少钱？”了解之后便急匆匆地开出一堆检查单……“检查去吧！”当然，所有的检查完成后，医生会认真审单，作出诊断，然后给予处方，但初诊场面是十分无为的，这种医生很像是莫里哀喜剧《屈打成医》中为了藏拙而寡言少语的冒牌医生斯嘉纳赖尔。病人走出诊室，抱怨就骤然升起：其一，医生不耐烦，不让我说话。其二，医生不真诚，打发我去作检查，不认真听我说话还让我多花钱。其三，医生不相信我，只相信机器。从医学人文的角度分析其缺失是十分明显的。首先，医者只重视机器的检测与观察、描述，忽视现场的观察与描述，忽视体验层面的叙说。其次，医者对症状的理解指向生物化、平面化、片面化，而漠视疼痛背后丰富、立体的社会心理、文化人类学内涵。没有诉说，没有“故事”，也就无法采集到鲜活的诊断素材。再次，医患之间信息严重隔离，交流不畅。第一位是病人叙述不充分。第二位是医生叙述不充分，没有意识到叙述与对话在医疗人际交往中的价值。其实，本质上是忽视医疗活动中人的需求规律，每一位病人上医院，看医生，通过支付来取得医疗、保健服务，必须完成几个确认：一是对医生技术、人格的确认，将自己的生命交付一个陌生的他来处理是否合适；二要对支付的合理性进行确认，值不值得。确认的方式就是交谈，因此，医患之间的交谈绝

不仅仅是病史的采集，而是一个仪式，病人从中取得两个确认，医生从中获得患者的信任，同时也是治疗活动的开始，从心身医学的角度看，一切治疗、一切交往都包涵了心理治疗，病人的叙述、倾诉即是治疗，但前提是必须有职业的倾听者、对话者、引导者。对许多慢性疾病来说，交谈还是治疗培训，漫长的治疗过程中不仅需要技术精湛、道德高尚的好医生，也需要理解服从、善于学习、积极沟通的好病人来实现遵医关系的锁定、医疗方案的精细执行，反馈契合也需要多次交谈的资讯积累。

从商业关系上看，交谈是谈判，是对消费者权益的尊重与自我保护，一些高昂支付的诊断项目、药品的使用需要作投入—效益分析及代价比较，要充分吸取支付方的意见，虽然任何诊断手段与药品的使用都具有科学上的合理性，但如果代价超出支付方承受能力或造成其生命质量更大的伤害则应选择替代或放弃。如让一位濒死的癌症患者多存活一天会使他的家人饿一年的肚子，则应由支付者自行决定，而不应该强调技术的可能，更不能以科学的名义作道德上的欺瞒，譬如夸大某些诊断技术和药品的价值，从中谋利。现今揭露的许多医疗腐败案例的根结，历史遗留下来的医疗决策中的家长制传统，所有不平、不公，也是不善、不真的起点，都是医患双方信息不对称，缺乏交谈、协商所致。因此，一项全面的、制度化的对话机制的建立是消费时代中国医学人文建构的重要课题。既然“失语”导致“人”的失踪，则需要从治疗“失语”来改变这一境遇，找回失踪的“人”。当下的医患“失语”本质上是职业“失语”与制度“失语”。因此，情绪化的批评无济于事，必须在职业价值层面撕开缺口，同时在制度层面适度调摄，才可能真正颠覆现行的“意义”系统和“操作”系统。

其一，关于客观性与真理性。现代医学凭藉声光电磁技术的装备建构了一个严密的客观化认知体系以及理论化的真理论证机制，但医学的本质仍难以彻底告别经验性、艺术化，也就是说主观世界的合理性仍不容忽视。医患两者的接触与交往中，医生自恃客观性与真理性，欲排斥、消解来自病患世界的主观性、个别性，因此，只需采集最平实的访医诉求、最素朴的疾病

感觉，认定一切病史都是现病史，如同克罗齐的名言“一切历史都是当代史”；而现病史则是由医生作为客观世界的主持者用眼、耳、手及其延长物显微镜、计算机断层扫描等仪器来记录和分析的，病人作为病患主体的体验以及由这种体验所产生的倾诉行为、解释话语统统被视为无客观价值的表达，只会干扰真理性，因此，不会说话的机器报告比唠叨的病患倾诉更有价值。其实，这是一个认识论上的迷误，主体的体验不仅是客观的，而且比观察更真切，不能因为非职业化的经验式表达、非术语的个性解释而否认患者体验的客观性，恰恰要格外地珍惜这份来自体验世界的报告，即使与现行医学的结论、规律相悖，亦可能是一种特例，是一只“黑天鹅”，可以用来丰富现有的医学知识系统。再说，医患交谈并非全盘接受倾诉者的言辞，让倾诉者感受到被尊重与他的言语被采纳是两个不同的概念，完全可以有所区别。当然，医生的劳动应该按时间区段来计量，而不应只按预约个体来计算酬劳，必须从制度上尊重倾诉者和对话者的劳动。

其二，机器证据与适宜性。医学研究与服务的对象是人体，是生命，因此，客观性、严谨性是至高的职业原则，机器证据的提供恰恰高度契合这些原则，这也是技术时代给予医学、医疗实践的巨大福利。但医疗决策是一个经验性、客观性参半的过程，机器证据的多指标系统与高支付必须受到适宜性的束约，许多情况下都应回归到医患对话及听诊器、体温表等视触叩听技能的充分施展。那种以证据客观性、严谨性为幌子来滥用高技术的行为并非出于对证据本来价值和意义的尊重，而是畸形的技术主义的表现欲，或是设备商应用激励下丧失职业操守的丑行。当然，在医院体制中如何将机器检查激励剥离出来，加大技术服务、智力服务酬薪、奖励是一个现实课题。我们讲医患失语导致“人”的失踪，不仅走失了病人，也走失了医生，交往冷漠与医疗中的技术崇拜、机器崇拜是对医生人的价值的降低。任何时候，人都是机器的主人，人与人的故事比人与机器的故事更精彩。

二 征服疾病与敬畏生命

医学人文的价值关怀不仅弥散在诊断室里，也穿插在治疗的全过程。治疗作为医疗的核心工序，更具有技艺的特征，现行的治疗观更反映了技术主义的脆弱性。众所周知，20世纪最显赫的发明是抗菌药物，从百浪多息（磺胺药）到种类繁多的抗生素，创造了割灭与控制大部分传染病、感染性疾病的人间奇迹，也创立了一种治疗上的“传染病模式”。首先是要找到确切的病原体，再研制一种杀死病原体的药物，这也是一种典型的“战争模式”，有“敌人”，有“杀伤性武器”，有“战场”，有“战斗”，把治疗关系定格成对抗关系，药物手册里有许多类药物都以“抗××”命名，抗生素、抗寄生虫药、抗感染药物、抗肿瘤药、抗过敏药、抗贫血药，连维生素C都曾叫“抗坏血酸剂”。其实，维生素类是营养要素，属补充型的治疗思路，而非对抗型思路。从医学人文的角度看“战争模型”的治疗观容易产生两种迷失：一是把病人当“敌人”，把疾病与生命混为一谈。抗生素的摄入不仅杀死致病的细菌，作为代价，也杀死了正常的菌落，使体内菌群生态发生倾斜，同时抑制体内免疫功能，中间代谢物还可能引发免疫反应。二是确立了外在干预（涉）占主导的治疗观念。尽管还原论方法将生命“剥洋葱皮”式地一层一层地分析、描述，揭示出微观世界的奥秘与过程，但并不等于被认知的生命过程是可以肆意干预的。在人类进化史上，优势选择与弱势淘汰机制决定着人与自然的适应关系，自洽与平衡都来自非干预或较少干预的内在反馈调节。从本质上讲，对生命的干预是有限的，也是无益的，因此，运用干预手段总是有条件的、阶段性的和权宜的，而抗生素为代表的“抗××”模式夸大了干预的价值和功能。另一项临床医学奇迹手术学也助长了这种观念的傲气。解决了消毒与麻醉两大瓶颈问题的外科技术100年来发生了革命性的变革，手术摘割处置、器官移植、人工器官替代都为干预主义提供了有说服力的证据，似乎干预（涉）生命和疾病过程成为不证自明的定律，相反，维护自然平衡论者

主张有节制地干预的观念被视为落后与保守。随着人类对自然生态过分干预而出现灾害性气候、环境恶化、生命质量下降等众多事件的降临及其讨论，生态学医学传统开始受到尊重，但在强大的干预主义思潮面前仍然显得弱小和苍白。其实，医学的选择不在于是否放弃干预，而在于确定干预的条件与边界，以及建立干预的远期与群体评估机制，使得干预成为医学的理性手段，而不是将医学沦为干预主义的精神婢女。随着医学模式的转变，传染病不再是健康的头号敌人，大量功能性疾病、心因性疾病、生活方式异动性疾病的出现正在改变着人们的治疗观，自然疗法、心理疗法、行为疗法以及药祸、医（药）源性疾病所致的矫正性治疗都冲刷着现代治疗学的河床，动摇着干预主义的观念根基。

从医学人文学角度看，20世纪的医学未能分开疾病与生命的认知疆域，将征服疾病和敬畏生命这一范畴的两极孤立起来、绝对化，讲“征服”忘掉了“敬畏”。其实，人类对疾病的征服也是有限的，人类可以征服单一的疾病，但无法征服疾病全体。无论发生如何高歌猛进的技术飞跃，都将是如此。所以，施韦泽在非洲丛林里与热带病搏斗近60年，走出丛林时怀揣着一套敬畏生命的伦理学纲领。在他看来，面对生命的个体，仅有科学技术的知识和实践无法进入医学职业生活中纯粹的理解和智慧的那片领域，也包括幸福与尊严的分享。施韦泽的“敬畏”既包括对疾病自然过程的认同，也包括对人的最高需求——尊严和幸福感的维护，后者是人的，也是人的医学的最终目的，征服疾病只是其中的一部分使命。

要在治疗实践中保持“征服”与“敬畏”的张力，还应切入另一个命题，即医学中科学与人文的冲突。在医学科学高度发达、医疗技术日新日高的今天，人们从物理学与生物学、求真与崇善、人文传统（智者传统、博物学传统、有机论传统、生态学传统）与科学建构（实证、功得、还原论、形而上学）的差异中发现了科学与人文的价值冲突，并呼吁通过对话来达到共生、协同与平衡、契合的关系。很显然，在实践中这种努力有些一厢情愿，对科学与人文这“两股道上跑的车”还没有找到一个可以“并轨”的道岔，即使修建了“并轨

道叉”,“扳道工”也存在着深刻的价值迷惘,这份迷惘来源于批判意识的阙如。作为基线式的认识,医学研究处置活体的生命、有意识的生灵,但在20世纪物理学理论和技术强势的拉动下发生了基线偏移。无须讳言,19世纪下半叶、20世纪最显赫的学科是物理学,几乎所有的科学英雄都是物理学家,物理学的每一项新学说都让全人类为之震撼,物理学引发的各种技术进步都给各个学科及世俗生活带来巨大变革,众多的福利尤其是医学受惠最多:电子显微镜帮助人们认识到分子层面的生命构成、代谢方式,计算机可以帮助影像学一层一层剖析生命区段,还原论指示着医学的技术方向,几乎所有的生命现象都可以还原成机械的活动、热力学的运动,人就是自动化程度很高的机器,手臂运用杠杆原理与反馈控制,眼睛运用光学的透镜原理,耳朵运用声波振动传递原理等等。无疑生命科学包涵物理学的原理,但生命绝不可能由这些原理以及还原论方法所穷尽。最近,人类基因组测序工作框图的完成,系统揭示了生命奥秘的终端细节,被视为基础医学的划时代进步,使得人类在认识自身方面大大前进了一步,从而为实证的、形而上学的科学建构挂上一块硕大的勋章,使得科学与人文的价值天平斜向一方。在此应当强调,绝不能低估这些技术勋业的价值,但医学人文的价值也不会消解,且不说由基因技术带来的伦理问题需要医学人文科学来调整、规范,来自体验层面的病患、痛苦、苦难也仍然不能为基因技术所完全揭示,因为,人的灵性所在、高级调节中枢在大脑,脑的奥秘仍然有待探索。即使有一天大脑之谜被解开,也不能说医学科学到达了顶峰,从终极意义上讲,生命是不可知的,是一条没有出口的隧道,所以生命是值得敬畏的。应当指出,终极的“不可知”不等于过程的“不可知”,某种疾病、某种功能、某项代谢、某种调节机制是完全可以探明其过程和原理的。从现实功利角度看,医学征服疾病的业绩是巨大的,但面对病人、面对人类,失去敬畏之心的医学又是冰冷的、有缺陷的。医学人文就是要寻回这一份敬畏。它的意义不是为医学的知识和技术部分添砖加瓦,使之“更科学”、“更进步”,而是转换其坐标,使之更多人伦的温暖,更多人性的理解和智慧。

应当指出,这里所强调的以"敬畏生命"为中心的人文旨向不是科学精神所能容涵的。科学精神讲科学历史中的怀疑、现实中的批评,讲打破偶像、挑战权威,通过这种姿态来培育创新,才使科学更科学、技术更进步。当然,怀疑也好,批评也好,需要建立一种历史的参照。当人们从科学史、科学哲学层面来把握时,它是人文的,科学精神在本质上是一种人文科学的姿态,但科学精神的旨向仍然是功能性的,目的是创新。而人文精神则是建立一种对历史传统和生命个体的关怀,这种关怀有时不是对真相的把握,甚至恰恰相反,它是培养对这种现象客观性建构之外的一种艺术化、人格化的距离感、神秘感的探究,本质上是建立一份真诚和敬畏。这与科学精神打破陌生感追求彻底的透视感是相悖的。我们无法完全消弥这种非科学的价值追求,恰恰要正视这种差异和对立,树立一种二元价值观。当我们面对生命、面对医学,一方面要以科学精神去改变,以技术手段去干预,因为人类疾病的秘密是可以探究的,可以用人类的知识体系去刻画的,躯体功能、代谢也是可以改变的,疾病更是可以被征服的;同时也相信生命的奥秘在终极点上是不可知的,是人的知识无法穷尽的,只会无限接近。因此,对生命应该常怀敬畏之心、关爱之情。我们现时代的医学虽然有了长足的进步,仍然只能像撒拉纳克湖畔的墓志铭所说的:"有时,去治愈;常常,去帮助;总是,去安慰。"这是一份理性谦卑,也是医学人文的朴素境界。

中　篇

历史反思与人物影像

第五讲

当代医学史与思想史发凡

现代医学过去的100年
思想史视野中的DNA双螺旋发现
“人文解剖学”视野中的创伤与干预
听诊器的末路

在开讲之前,我想说几句题旁话。西西弗的寓言几乎家喻户晓,它说的是人类宿命的故事,人类的使命就是把巨石推上山顶,而石头由于自身的重力又滚下来,再推再滚,如此循环往复,永无歇止。换成现代社会职业进取的视角看,这个寓言也是励志与奋斗的故事。无疑,寓言是一个智力的魔方,可以有多方面的解读。细心琢磨,这个寓言还包含事业与人生前行的两种“方式”——“往上走”与“往下走”,两种“速度”——上山的“慢”与下山的“快”。

如今,我们把一切前行都称之为“进步”、“进化”或“发展”,却不介意“往上走”还是“往下走”。其实,对待职业、事业,乃至对待人生,都应该思考速度与境界问题,都不可单一向度地认为唯有“以快制慢”才是正道,有时候我

们还需要“以慢制快”的从容心态。意大利著名导演安东尼奥尼曾经执导过一个名为《云上的日子》的片子,其中有一部分情节是这样的:一帮抬尸体的工友在工作,行至半山腰时,他们却执意要停下来歇息,家人过来催促,工友们安静地回答:“走得太快了,灵魂要跟不上的。”胡适之曾经对中国百年现代化进程有过一个忠告,原话记不起来了,大意是要学会“比慢”(意思是追求适宜速度与和谐发展),而不是简单地“比快”。思量完“快慢”的问题,更要琢磨前行路程中“往上”与“往下”的品质分野与高度升降,切不可在堕落中“前进”。

当代医学的发展用“一日千里”来形容一点儿也不过分。在今天,任何一个基础医学或临床研究课题,全球都有数以万计的研究者在攻关,数以亿计的研究资金在注入,每一小时都有数以万计的实验报告在打印、发表。医疗技术上,无疑我们在奋力攀升,一级一级进步,就像西西弗推着巨石上山去,但是,我们的医学,医疗制度,医生职业水准、职业忠诚、道德境界能说也随着实验室里技术的进步而进步吗?结论恐怕不好轻易下。我们不仅因为追求技术的进步付出了社会越来越难以承受的财富与智力代价,还培养了过分崇拜技术、过分依赖技术的职业心理、职业行为的迷失;技术自身的强大也带来了医学的异化、医疗制度的异化、医生临床思维能力的退化;新技术的过度“挥霍”不仅消耗着巨大的社会、家庭资财,也引发了为追逐“技术红利”最大化而派生的道德危机,这些危机正在无情地扩散,个别地方正逐步积酿成职业信任危机。因此,作为有责任感的医学家、卫生部门管理者,不可以只关注医学技术领域里的竞争、加冕与狂欢,而应该从民生福祉、社会和谐的战略来调整技术的适应性与先锋性的张力,来规划医学的技术节奏、人文标杆、社会价值,来端正医生的职业现象。这一切都不是能以单纯的技术进步“一俊遮百丑”的。当代医学的“西西弗之旅”注定需要每一个职业个体、每一个医疗部门,处理每一个病例的细节中都渗透出科学、技术、社会、心理、人文的多元关怀与全面提升,扛起“父老乡亲”托付的“生老病死”的超级“负重”。

一　现代医学过去的100年

人类的20世纪刚刚走过，这100年，科学史家称之为“技术时代”。穿行其间的现代医学必定与之同呼吸、共荣辱。因此，现代医学的辉煌是技术的辉煌，同样，现代医学的迷失是技术对人的价值的异化，从这个意义上看，医学的当代史首先是一部思想史，其次才是多部学术史与学科专门史。对医学生来说，不能把医学史理解成单一的学术建构史，就像建筑工地盖大楼，其实，它是一部解构史、批评史，是争论的历史。对公众来说，它不仅是一部技术成就史，也是一部艺术与精神追求史，还是一部充满缺陷与困惑、亟待人们给予反思的世俗生活史。

关于20世纪的医学史，它的内涵颇为复杂，其边界远不像20世纪物理学史那么明晰，尤其是它与生物学之间的相互容涵、交叉、渗透，更为复杂，所以，自1901年起颁发的这个领域的诺贝尔奖就取了一个复合词——“生理学或医学奖”。如果深究这个概念，较真的同学一定会疑惑不解。生理学最初只是基础医学的一个子学科，如何将它与医学并称呢？这是因为，在实验科学兴起的时候，生理学与物理学被视为平行学科，使得它在科学分类谱系中的地位提升到与医学平行。如果我们细心考察诺贝尔奖的百年榜单就不难发现，在生理学名目下获奖的项目不少是免疫学、遗传学方面的成果，如1901年兰德斯泰纳(K. Landsteiner)从输血反应中发现了A、B、和AB型血型并提出了血型与遗传的关系，随后邓肯(Von Dungen)和赫斯斐特(Hirszfeld)证明了O型血的存在，并证实其遗传特征服从孟德尔的分离律，这一发现对医学的直接贡献是解决了安全输血的难题。也有许多获奖成果在当时对医学的显性影响并不大，而对生物学、遗传学未来的潜在影响却是巨大的。这些特征反映了当代医学的一个显著变化，即由“解决问题的医学”过渡到“寻觅真相或探索真理的医学”的价值转型。因此，20世纪前50

年的获奖项目多集中在传染病、维生素缺乏症防治等临床医学的技术与手段的革新和发现方面，后50年则转向基础医学、遗传学、生物学的探索性研究方面，这标志着医学的触角由表层技术向探索生命图景的层面掘进。1953年DNA双螺旋结构的发现，为遗传载体分子的构型细节提供了理解的可能性，标志着分子生物学的诞生；40多年后，克隆技术培育了第一头克隆哺乳动物“多莉”羊，同时还开辟了解决器官移植排斥的新途径，但最初的研究动机并不是解决临床问题，而是生命图景神秘性的诱惑。

20世纪的医学史是多线索递进的，若以人类与传染病的抗争而言，起于1890年血清抗毒素的发现与运用，第一回合止于1979年天花的灭绝（新世纪里萨斯与禽流感的肆虐大概算得上第二回合的较量了）。若以分子生物学的周期性成就起于DNA双螺旋结构的发现，止于1997年“多莉”羊的出生，学术圈内更愿意确定在1999年人类基因组计划的完成及对第22对染色体基因密码的破译。这样一来，20世纪医学的统一图景似乎很难状绘，各个学科分支、各个临床专科的医学家们在一起谈论医学史时常常会有恍若隔世的感觉，如果不标定是“哪一门子医学史”，几乎无法开口说话。随着现代理、化学科及最新信息技术的大量引进，在医学研究的前沿阵地与加冕台上站立着许多非医学专家。如1969年诺贝尔生理学或医学奖得主之一的卢里亚（Salvador Luria），虽然早年曾受过医学教育，但一直对以医生为职业兴趣索然，转而迷恋物理学的探索，他的获奖成果聚焦在边缘的生物物理及跨学科的放射学领域。1979年的获奖者是一位纯粹的物理学家，叫柯马克（A. Comack），他因为一次偶然兴致闯入医用X射线研究领域，继而登堂入室、蟾宫折桂。另一位获奖者是计算机专家洪斯菲尔德（G. Hounsfield），他在与柯马克没有联系的情况下，完成了计算机X射线断层扫描仪（CT）的设计。总之，在20世纪下半叶，诺贝尔生理学或医学奖落入非医学专家囊中已不是什么新鲜事了，这种情形在物理学、化学奖项的颁发史上是不多见的。这表明20世纪的医学是一条神秘的峡谷，其知识领域与价值格局是多元的、多义的、复合的。于是，刘易斯·托马斯索性把医学这门古老的技艺定

义为“最年轻的科学”。其实,托马斯所讲的“年轻”倒不是指它如何幼稚,而是指它是一门关于人类生命与疾苦的复杂的学科,其知识与价值体系显现出多元杂合的特征,许多内容与经典科学的轨范和取向有别。另一位医学哲学家芒森(R. Munson)干脆断言医学不可能成为一门严格意义上的科学,尽管其知识构成部分可能是科学的,但作为一门学科不能还原为科学。这是一个哲学范畴的命题,它蕴涵着一个颇为终极的人类理解,即流行的还原论研究旨向、技术装备的机械之手、电子之眼无法真正抵达生命的认识彼岸,更谈不上完全控制它。也许,生命的机体或人的某一个体可以被分析、被控制,但生命和人最终是不受控制的,也是无法被完全分析的。

尽管如此,我们依然可以循着诺贝尔获奖者的名录梳理一下一百年来的重大事件。

毫无疑问,在过去的一百年里,医学进步所挽救的生命比以往任何一个世纪都多。磺胺药物与青霉素的发明,使得以往通常不治的肺炎、脑膜炎等感染性疾病得到有效的控制。20世纪中期以前,被称为“白色瘟疫”的结核病是最常见的死因,随着卡介苗与链霉素的广泛运用,结核病的死亡率大幅下降。人体代谢中维生素、微量元素、必需氨基酸等营养药物的发现与合成,导致营养缺乏症的根本性改观,疫苗的研制推广成就了人类消灭天花的壮举,脊髓灰质炎的控制也是指日可待。可的松类糖皮质激素的发明,增加了对免疫系统疾病的介入手段和药物。通过解决排异问题,研制、使用免疫抑制剂,为移植外科开拓了宽广的领域。1944年,对出生时患先天性心脏病的“蓝婴”成功地实施外科手术,是心脏外科发展的里程碑;1950年代的心脏直视手术,1960年代的冠状动脉旁路和心脏移植手术,充分显示了外科技术的突飞猛进。在过去的100年里,外科技术的发展是质的进步,20世纪初,外科手术基本上是缝合与摘除,而当下已经转变为微创、精确的修复和无休止的器官替代。

与理化新技术的高度融合使得医学装备大大改观,电子显微镜、纤维内窥镜、计算机断层扫描及摄影(CT)、正电子摄影(PET)、磁共振成像(MRI)、

激光、示踪仪以及超声诊断仪等，都使得诊断学发生了革命性的变化；人工呼吸机、肾透析机、心肺机、ICU系统设备等，给现代临床治疗学注入全新的理念与技术，也为过度技术化、过度商业化埋下伏笔。DNA双螺旋结构之后，遗传学、分子生物学突飞猛进，遗传监测与遗传工程取得长足的进步，遗传性疾病与疾病的遗传性成因为人类疾病谱系的廓清贡献良多，基因治疗更是打开了一扇病因性治疗的大门，而过去我们的临床医学（除了传染病、感染性疾病之外）基本上没有进入病因治疗的阶段，只是在症状学处理与发病学治疗的层面上苦苦探索。

医学的进步根本上讲是一项成功的社会工程，表现为公众健康意识的强化，对生命的珍爱与敬畏，政府与社会对卫生事业的投入。在欧美等发达国家，超过10%的GDP资源与大量的私人财富投入到卫生保健项目之中。国际间的合作，世界卫生组织的战略规划与全球资源的协作，都是20世纪医学图景中的亮点。

很显然，要读懂20世纪的医学史，不能只有“百灵鸟”嗓子，只会引颈高歌，还要有“猫头鹰”的锐目，从成就史中啄出空洞来。首先必须划定价值坐标，美国健康社会学家沃林斯基（F. D. Worinsky）曾经试图把20世纪的医学史描述成一部医学范畴史，即过程的医学与本质的医学，构件（局部）的医学与系统的医学，个体的医学与群体的医学，唯科学、唯技术的医学与人性至上的（思辨）的医学，躯体研究水准的医学与脑（心灵）研究水准的医学，生物的医学与生命的医学，关于疾病的医学与关于病人的医学，知识的医学与制度的医学，学术的医学与产业的医学等等，从中洞悉医学的外在冲突与内在张力。经过这么一番哲学范畴的理性拷打，沃林斯基的结论是：“20世纪的医学是科学的碎片或方法的精致产物孕育着巨大的困境。”诺贝尔生理学或医学奖得主卢里亚也不无讥讽地描述了“老虎机与破试管”的尴尬，即医学消耗了巨大社会资财（老虎机），却只提供一些支离的生命图景（破试管）。更多的诘难来自医学中的问题，以及社会批评的开放程度，例如“反应停”（一种抗妊娠反应药）事件引发的对药物致畸的抗议，对院内感染等医源性

疾病增加的不满，对恶性肿瘤、精神分裂症、老年性痴呆等疾病治疗进展缓慢的失望与无望，对遗传工程和生物技术高速发展可能出现的伦理危机的恐惧日益增长，对医疗保健制度、支付制度及卫生资源分配不公的愤怒与批判。对高技术诊疗代价的焦虑与日俱进，即使在富裕国家，贫困人口依然得不到适宜的医疗服务，在发展中国家，由于自身政治、经济的混乱与落后，也缺乏必要的国际间援助，疟疾、热带病仍在肆虐，而艾滋病的流行几乎摧毁了人们对战胜传染病的信念。这些问题如果长期持续下去，必将颠覆现代医学的价值与目标。

也许，现代医学真正需要一次大的冲击，需要重新定义其目的和价值。在过去的数千年里，医学显得太微不足道了，人们不时地嘲笑它的落后与低能。在过去的100年里，医学开始“扬眉吐气”，建立了十足的权威，但是，它的目标变得模糊，授权开始混乱，人们有理由诘问，医学的目的究竟是什么？它应该在哪里停止？它的责任是在任何情况下都尽可能维持生命、拒绝死亡吗？或者说它是一门纯粹的服务产业，去满足顾客提出的、并完成支付之后的任何保健与医疗诉求(生活的医学化)？在一般情况下，这些问题大部分都可以用理性的、良知的、伦理的、人道的原则给予回答。但在世界的范围内，在时代的潮流中，谁能驾驭医学目的的趋势与方向？谁能唤起医学新的理想与使命？沃林斯基这些健康社会学背景的学者深深地忧虑着，即使是技术背景却富有哲学洞察的专家卢里亚、托马斯等人也在忧伤。因为，当下医学的缰绳正掌握在执著地发展医学的技术潜力的知识精英手中，他们热衷于谋划“能做的”和“将做的”一桩桩惊天动地的技术突破，很少考虑自身的目的与价值，考虑技术与人性的张力，关注“人的医学”。最终“病人”被当成“病器”，被客体化、对象化，然后接受修理、调控、再造或局部替代。

最具讽刺意义的是，人类越健康，会越渴求医学。人们已经将获得医学服务视为一种政治权利、社会福利和个人福祉。市场机制的加入，医学界、医药产业集团、媒体的商业驱动以及病人主体祛病、保健意识的结合，形成巨大的医疗动力，扩大了可治疗疾病的诊疗范围。病人、亚健康人群都挤在

医院里,或奔忙在去医院的路上,他们必须面对越来越多的似是而非的实验室检查,然后接受广泛而昂贵的治疗。各种公开的秘密的医药利益集团制造出美妙的健康允诺去诱导过度的医疗消费,扩容既成地盘,开辟新的医疗、保健市场,创造新的经营业绩。但是,站在社会公正和谐的角度看问题,这是一桩需要认真“审计”的市场交易。它不仅仅造成社会财富的畸形配置,也助长了技术主义观念的恶性膨胀。

最后,我们应该审视一下“20世纪医学”的概念本身。“20世纪医学”有一个别称,就是公众常念叨的“现代医学”。它的知识形态是近百年的,它的影响范围是世界性的,更准确的表述是“当代的、世界的医学理论与技术体系”。其实,它也不是从天上掉下来的,它的源流与主体是西方的,是“西方医学”的当代性呈现。对许多国家与民族来讲,它都是一件“舶来品”。如今,舍去地域性(西方),改用时间性(20世纪)来指称当代医学,回避了引进国由文化、技术西化所带来的价值自卑,也割裂了医学与本土文化的鱼水关系,播下了技术时代工具理性的深深缺憾。

西方医学作为一种区域医学,是区域文化土壤里生长的技术之花,它具备极其深刻、丰富的人文传统。这份传统的根脉有三支:哲学传统、基督教传统、法理学传统。具体表现为人道主义立场、有机论立场、生态学眼光、博物学情怀、天赋权利意识等等,这些观念和意识都与西方医学的知识与行为规范血脉相连,西格里斯有一个十分恰当的表述——“文化画布上的医学风景画”,而现代医学的传播却是取走了“风景画”,遗弃了“画布”,人文“贫血”也就在意料之中了。更复杂的问题是与中国这样具有悠久历史文化的国家的“宣纸”的对接,譬如“天人相应”哲学、“慈爱护生”的泛宗教意识,都是当代医学应该汲取的精神资源。

作为穿行于20世纪的现、当代医学,必定要容涵物理学范式与生物学范式的冲突与张力。20世纪是物理学范式强势表现的时代,一是学科强势与知识强势。200年来,科学史的风骚多为物理学家所独占,从牛顿到爱因斯坦、波尔、费米,都是改写历史的人,他们的研究科目与价值被高度地社会

化，成为科学时代的一种时尚。他们的学术与思想深深地映照在其他学科的天空上。二是物理学革命带来的技术强势。20世纪飞速进步的声光电磁技术不仅给百姓生活带来巨变，也装备了整个科技界，医学成为受惠最多的学科，诸多医学发明与发现都得益于物理技术的引入，由此带来了生命研究的唯物论、还原论、机械论思维；但是，医学研究的质料毕竟不是“物”，生命可以分割、还原为“物”，但不能等同于“物”，尤其是整体、活体状态下的研究。当然，对于现代医学的研究者而言，当务之急不是物理学范式与生物学范式的争强好胜，而是两者之间的协调与共轭。

更应该树立的研究坐标是人的医学，或者换言之“医学即人学”。人作为生命形式的最高表现，它的研究不仅是超越物理学（机械论、齐一行）的，甚至也是超越微观、中观的生物学的，一方面向着生态学系统（宏观生物学）延伸，即从生命与环境的共生与进化关系中把握它的多样性、或然性、偶在性，另一方面向着社会、心理、行为系统（复杂性、综合性）延伸。人是万物之灵，人的生命图景与疾病奥秘总是疑团滚滚，就像萨斯的来去，其中蕴涵着被敬畏、被探索的永恒之谜。因此，现代医学的研究必须坚持三个向度的递进与和谐，唯有这样，才能推动人文主义价值与理想在医学研究、实践中的逐步复归，使之在20世纪医学（科学建构、技术进步）的历史与思想演进中保持必要的“张力”，为新世纪的医学发展开辟正确的航道。

二　思想史视野中的DNA双螺旋发现

古往今来，医学史上许多壮丽丰碑不仅仅是技术的辉煌，还是思想史的楼梯口，循此上行，可以抵达学科发展的新的认知高度，53年前的DNA双螺旋结构的发现就是这样一个精神“事件”。它提示我们这一代人：必须穿越生物学实验探究其另一面——思想实验的创新价值；应该重新梳理并审定现代物理学对生命科学的技术和思维引领作用；可以大胆预测还原论在DNA之后的价值终结，从而开启新一轮医学方法论的探索与创新。

53年前,沃森、克里克对DNA双螺旋结构的发现无疑是当代医学史上划时代的重大事件,其意义不仅仅是开启了基因研究的结构性空间,锁定了一段时期里生命科学的研究旨向,同时为基础医学研究开拓了一块巨大的作业面,造就了一代由基因技术探索人类遗传奥秘、疾病本质的技术英雄,而且也引发了人们对医学思想史基本命题与范畴的深入思考。这种思考有助于改变人们对医学发现过分平面化的认知与理解。它留给现代医学思考的主题很多,而思想史意义上的启示更为深刻。

启示之一:生物学实验与思想实验。1946年,暮年的爱因斯坦在谈及马赫的《力学史》时指出,科学思想本质上是构造的和思辨的(二元)性质。他还批评了马赫:"正是在理论的构造的-思辨的特征赤裸裸地表现出来的那些地方,他却指责了理论,比如在原子运动论中就是这样。"在生物与医学实验研究领域,与原子运动模型相仿的认知模型要算DNA的双螺旋模型了,它不同于疾病的动物模型,后者属于完全客观镜像中的、彻底摒弃思辨的,实证的或者循证的,具象的或者具体的,繁复的而非简约的建构体,作为实验研究对象,它是"一元论"的,缺乏人文、思辨,甚至排斥人文、思辨的介入。这种介入在早期(假说形成阶段)是十分有益的,爱因斯坦称之为"思想实验",并非一定就会遁入哲学上的"唯心主义"迷途,但是,生物学实验圈的价值板结却一直未能跳出"一元论"的束缚。沃森-克里克DNA双螺旋模型的天才建立(以推导解决了化学链的匹配与缠绕路径问题),并且被公认为自然奥秘的发现成果(如今看来是粗糙的,许多细节是后来补充的,但基本结构与特征仍是无可置疑的),是"自达尔文的书问世以来生物学领域中最轰动的成就",应该让死守"一元论"的人们警醒:生命现象的研究者不应该仅仅只是实验室里生命图景忠实的观察者与记录者,而应该借助人类思辨与智慧的魅力实现创造性的观察、记录与解释,在主、客观两个实验室里同时向科学的深处掘进。

从DNA双螺旋模型首次发表,迄今已有53年了,当年荣膺诺贝尔奖的喜悦与辉煌也化作了历史的丰碑,今天,我们回首历史,不必再沉浸到加冕

与狂欢的现场之中，去回味往昔的兴奋，而应该潜入思想史的精神隧道，开掘出对未来富有启迪的认知"天窗"来。这对于今天的人们来说，是另一次未完结的"思想实验"，一次新的"精神长跑"。在既往满是荣誉星光的天穹捅出一个"天窗"来，是需要批评的勇气的，需要有"坚不可摧的怀疑态度和独立性"，包括对 DNA 双螺旋模型细节与反向的批评和自我批评。在沃森的自述《双螺旋——发现 DNA 结构的个人经历》一书的导言中，史蒂文·琼斯不无尖刻地写道："该书从遗传的构成上推导遗传的机制，它的基础是理论，而不是实践，是物理，而不是化学(仅仅是化学也是不够的)。曾几何时，遗传学本身的确有变成数学的一个分支的危险。现代统计学主要是在分析杂交试验中发展的，到了沃森和克里克时代，遗传学的一个分支——群体遗传学已经退化到单纯追求精致的地步，而根本不接触实验。"在 1953 年的一次关于 DNA 结构的学术会议上，沃森再一次感受到他的竞争对手莱纳斯·鲍林有着超乎自己的化学直觉，在这次会上，莱纳斯提出了一个重要观点——DNA 的鸟嘌呤(G)和胞嘧啶(C)碱基对是由三个氢键结合在一起的，这比克里克与沃森在那篇最早的《NATURE》论文中提出的要多一个。那时，他们并不知道鸟嘌呤的精确结构，认为第三个氢键也许比前两个要弱很多，因而将其剔除了，后来的实验显示出富含 GC 的 DNA 样品的热稳定性很高。在 DNA 双螺旋结构被发现的 50 多年间，这类不断纠错与提升的案例太多了，许多是竞争对手间的"竞合"提升。DNA 双螺旋的发现史，未能脱开"竞争"、"征服"、"加冕"、"狂欢"的科学正剧模式，但是，它的续篇却是"峰回路转"，充满了科学英雄征服后的忐忑、加冕后的窘迫、狂欢后的苦闷。这也说明，科学的探索是无限延续的，不像珠峰登顶一样，征服尔后折返。要永远虚怀一份敬畏之心、开放之心、谦逊之心，去恭身面对全新的自然奥秘。

启示之二：现代物理学对生命科学的引领效应。DNA 双螺旋结构的实证论据来自于弗兰克林和威尔金斯的 X 衍射图，主要研究者克里克早年在伦敦大学学习物理学，二战期间在英国海军部供职，曾对战时雷达性能的改进作出过重要贡献，战后，在薛定谔《生命是什么》一书的感召下转向生命科

学的研究；沃森虽然早年学习动物学，但治学上喜欢左顾右盼、打斜井，对物理学有所旁及，进入 DNA 研究后还临时抱佛脚读了一本 X 衍射的教科书，具备看懂 X 衍射图的理论基础，他拿的是美国的奖学金，却待在哥本哈根的赫尔曼研究所攻生物化学，中途又转至剑桥佩鲁兹实验室从事 X 衍射晶体学方面的研究。他的师友与同事中，能开列出一打著名的物理学家，其中不乏物理学诺贝尔奖得主，如英国物理学家劳伦斯·布拉格（1915 年获奖），德国理论物理学家马克斯·德尔布吕克（1969 年获奖），创立 DNA 测序方法的美国物理学家沃尔特·吉尔伯特。因此，DNA 双螺旋结构的发现和完善与其说是生命科学的突破，不如说是生物学与物理学、物理技术的共同突破，因为在这场发现与发明的探索历程中，物理学、物理学家、物理技术是重要的、不可或缺的参与者，关键技术的发明者。这不同于一般意义上的多学科知识杂合，而必须要承认物理技术在技术突破中的“扳机”效应与“拐杖”价值，它们作为技术的“钢筋”而非“水泥”存在于探索过程之中。生命科学不仅仅整合了这些理论、技术与人才资源，很显然还对其具有技术依赖意义、模型示范意义、研究类型意义，而且不仅仅只是技术引领，还有思维认知的引领。毋庸讳言，生命科学的理论研究的成熟度远不如物理学，譬如格里非斯的基因复制理论，这种理论认为，基因复制需要一个补体（负本），其形状和原体（正本）表面上吻合，就像锁-钥关系，一种典型的机械模型。这种互补体合成的基因复制机理直接影响到沃森-克里克 DNA 双螺旋模型的碱基排序、配对及分子间引力的计算。

回顾百年医学史，以物理技术（声光电磁）的渗入为标志，现代医学已经不再是职业医师与医学家的医学了，成为多学科精英们探究生命现象与本质的科学竞技场。沃森的导师，1969 年诺贝尔生理学或医学奖得主之一卢里亚，虽然早年受过系统的医学教育，后来却迷恋物理学的革命性激荡，兴趣转到放射学与生物物理学领域。他在自传《老虎机与破试管》中坦言，自己一直对职业医师兴趣索然。1979 年的获奖者也是一位物理学家，叫柯马克，完全是非常偶然地闯入了医用 X 射线研究领域，从体内 X 射线减量联

想到体外 X 射线的减量，提出以不同角度作 X 射线照射可能测完内部结构。计算机专家洪斯菲尔德在与柯马克没有横向联系的情况下完成了电子计算机 X 射线断层扫描摄影仪(CT)的设计，与柯马克分享了当年的诺贝尔奖。20 世纪的下半叶，诺贝尔生理学或医学奖就多次落入非医学专家囊中，这在物理学、化学奖颁奖史上是十分少见的。是技术力量的过于强大，还是医学思维的相对纤弱？

启示之三：有机生命与无机物质的拐点何在？史蒂文·琼斯曾无限感慨地说：达尔文将人类从顶端处拉了下来，DNA 将人类的面孔碾碎成生物学意义上的浆汁。这个过程不过 100 年光景。如今，从宇宙、生物圈、动物王国、植物王国，到人类的层析式认知，躯体、器官、组织、细胞、亚细胞、DNA、基因片段还原论的洋葱皮已经剥到“芯”了，有机生命与无机物质的分水岭就在眼前，从生物碱基转变成有生命表达的基因片段，DNA 的合成与复制，标示了生命的拐点所在。随后也迎来克隆技术的诞生。尽管人们可以希冀基因技术将会带来医学革命，通过替代有缺陷的、危险的 DNA 能够治愈人类的遗传病，延缓衰老，对抗癌症、糖尿病等等，但是同时也被拖入由克隆人带来的恐惧之中，基因工厂、基因工程除了给人类造福之外，还将给人类带来何种危险与灾难，不得而知。基因密码的“黑匣子”的背后已经不仅仅只是技术命题与技术纠错了。它涉及到社会、心理、伦理乃至政治、历史、文化传统的诸多冲突与失重，将面临由基因再造引发的社会心理、伦理再造，乃至文化再造。这是新技术的魅力，也是新技术的魔力。科学是一把双刃剑，在 20 世纪，核子技术的应用已经敲响了警钟，基因技术也应该在飚升中寻求安妥与平衡。

无疑，DNA 双螺旋结构的发现以及随后的基因突破已经抵达有机生命与无机物质的拐点，或许这可能算是还原论盛行 200 年以来价值向度与惯性上的最后一次辉煌了。还原论在生命科学领域里所承担的认识掘进的使命大致已经终结，就像当年恩格斯在他的《自然辩证法》一书所预言的那样，科学的分析时代必然划向综合时代。还原论作为分析时代里的“柳叶刀”，

刀尖已经刺到骨膜了,下一刀该往哪里扎?是否该回腕旁出了?在我看来,生命科学的下一个攻坚堡垒应该是脑科学的玄秘,智者通玄,如意识的形成,情感的演化,神经-内分泌、皮层-躯体、生物-心理-行为-社会的多元整合与系统协同机制。大概探索的路途不会像还原论者抄一把快刀顺势剥“洋葱皮”那般轻松熟练吧。

三 “人文解剖学”视野中的创伤与干预

很显然,“人文解剖学”是一个杜撰,医科大学的课程表上找不到,教授们的备课本中也不会写,其实,它不过是一个理性批评向度的预设,一份建设性冲突的安排,本质上是推动医学的进步。对于成熟的医学与睿智的医生来说,职业生活中应该怀揣两把“柳叶刀”,一把在手中,游刃于生物学意义的生命驱体之上,一把在心中,游刃于思想史意义的医学体系之上,引入哲学审视,引出人文反思。这是医学在人类知性上拔高的标志,也是一种连环递进的学术生态,有如山野中动物群落常见的险象,“螳螂捕蝉,黄雀在后”。可惜,在医学的原野上,难以见到“黄雀”的身影。当我们面对无所不在的医学创伤和医疗干预时,愈加体会到医学中的哲学贫困与人文失血。

我们完全可以用“天经地义”来拒绝非技术批评与反思,来驱赶思想的“黄雀”。一部医学史,就是人类学习、应用各种干预手段(包括创伤)应对疾病的历史。在漫长的历史长河里,生物、医学知识的缺乏,工程与技术的水准低下,导致医疗干预的盲目与野蛮,譬如消毒、麻醉术完善之前的外科学与手术操作,与剃头匠的工作、境遇没有什么差别。同样,金鸡纳发现之前的疟疾治疗,抗生素发明之前的感染性、传染性疾病的处置,几乎都是盲人摸象。但是,晚近的100年,现代医学发生了翻天覆地的变化。

如果我们以伦琴发现“X-射线”并运用于医学临床为新起点,或者以诺贝尔生理学或医学奖的颁发作为医学新纪元的标志,现代医学过去的100年是硕果累累的100年,同时也是人类征服欲在胜利中过度高涨的100年,

是医疗技术卓越提升，同时也是技术干预高度泛化的100年。如今，"征服疾病"已成为大众媒体的公共词汇，面对各种传染性疾病，人们常常以"征服病魔"来把各类病菌妖魔化，使得"战争模型"的医疗观大行其道。它的典型案例除了传染病的防治之外，还有恶性肿瘤的放疗与化疗。依照这种医疗观，医院是战场，诊疗事、手术室是战壕，药片、刀片（柳叶刀）是武器，战绩便是对躯体中"异己"的杀戮。随后，人工器官技术的成熟与外科技术的完美结合，丰富了我们的医疗选择，但也引出新一种过度干预模型，一种医疗思维，即"替代模型"与"替代思维"，并由此改变着过去的"修复模型"与"修复思维"。面对机器，也许可以迅速作出价值判断，但面对人的躯体、人的疾病，价值判断就复杂得多，可以说，从"修复"到"替代"，既是一种"进步"（逻辑递进），也是一种"颠覆"（过度干预）。也许，在许多坚持单向度的医学发展论的人看来，干预有理，创伤合理，而且永远有理，永远合理。在通常的医学技术词典里（这通常是一片缺乏医学人文审视的地方），疾病通过医生的医疗干预而痊愈、康复（无须计较程度），病人正是通过医生的干预才获得躯体的新生，应该心存感激（无论他们以什么方式干预），医生通过技术干预而获得学术成就，取得发明与发现，推动医学的进步（干预越多，成绩越大，进步越大）。随着医学人文思想的逐步觉醒，人文解剖学（刀）的引入，人们的认识与思维态度开始发生变化，开始对医疗干预、尤其是创伤干预的定义、权利、边界进行反思，有人批评，也有人辩护。也许，不在乎结论如何，我们都应该庆幸，因为思想的"黄雀"飞回来了。

辩护一方的意见依然最为强大，其理论依据主要有以下几条：

1. 天然论：人类作为自然界的一部分，他们无时不在与环境的其他物种发生关系，医疗干预就是一种环境给予的关系。因此，无论是有目的还是无目的，有意识抑或无意识，有理无理的干预、被干预，包括为干预所支付的代价（服从一种自然选择的几率），都是人类的存在形式，是十分平常的"医疗事件"、"技术事件"，不应该转移成为"人文事件"或"媒介事件"。

2. 代价论：有如佛学教义中宣讲的"舍得"，求其"得"，必有所"舍"。凡

事都必须承担牺牲，支付代价。因此，病人求医，就要出让“干预权”，就要忍受“创伤”和“痛苦”。

3. 目的优越(高尚)论：医学干预通常出于崇高的科学与技术目的，比如“拯救”，比如“探索”，即使发生干预过度，甚或误伤，都应该免于问责，也无须自责。

基于临床问题的批评越来越尖锐，但大多处于低水平的被动式批评，缺乏主动的、全面的解决方案。有些问题属于“洋问题”，譬如生殖技术对人类生殖的过度干预，克隆技术的失控与克隆人的生物学地位、伦理学前景的负性评价。对于典型的“中国式问题”，似乎还缺乏系统调查和分析，当下较为聚焦的点在抗生素的滥用，机器的滥用与过度诊断、过度用药，手术安排上的炫耀性干预，如放弃内科疗法，滥用外科处置，小病大术。

反思的声音也主要来自人文领域，主要观点有：

1. 人本论：疾病是人的疾病，对于疾病主体的生命与人，不仅要关注他们的生物学属性的需求，还应该眷顾他们的社会、心理、文化属性的需求。医学服务于人，人的尊严应该得到尊重，医疗干预作为一种对人的躯体与精神权利的侵犯，必须有权利的限定和边界。

2. 适度论：在医疗过程中，技术干预、诊疗创伤是“必需”的，但决不是“必然”的节目。完整的表述应该是：或然的、可控制的、可选择的、可协商的、可优化的、可评估的医疗行为。因此，完全可以设定“技术干预的边界”与“优化方案”。坚持理性的选择，克服盲目性、随机性，力求以最小的干预和创伤，取得最优的疗效。

对于“过度干预”的因果分析也归于反思的范畴。在当下的医疗体制中，推动医疗干预朝着过度化方向演进的“引擎”有二：一是“技术驱动”，一是“消费驱动”。在它的背后，涌动着两股强大的社会思潮。一是“技术崇拜”(在医学领域里常常表现为机器崇拜)，它是我们这个时代技术主义的表征。二是“消费主义”(以消费水准、程度来界定成功与价值)。这两种思潮正在形成合流与合谋。而制约医疗干预过度化的“刹车”还不强大，有医学

伦理学，病人权利运动，还有基督教的宗教力量。在西方，这些"刹车"起到了一些作用，能够相对有效地制约技术主义的盛行与消费主义的猖獗，使社会对医学的服务价值期盼朝着"适宜技术"、"适宜消费"的方向发展。但在我国，这套"刹车"还在研究开发之中，还没有发生系统效应。因此，技术与药物的滥用，支付陷阱，卫生资源告急（一方面极度短缺，一方面极度浪费），医患冲突频发，恶性事件增多，已经演化成较为严重的社会问题。

近年来兴起的微创医学，给医学生活中的"过度干预"与"过度创伤"命题的反思与寻找到一种基于理性建构的全面解决方案吹来一股清风。首先，它把"微创"作为医疗干预的一个预设前提，同时也将"微创"作为医疗服务的一个预设标准，体现了对人的综合属性的全面关注，体现了对技术主义与消费主义的自觉抵制。其二，在理论医学层面，微创医学的价值实现了病与人、主体与客体、医者与患者、征服与敬畏、拯救与危害、目的与手段、自由与束缚、贪婪与节制的平衡与张力。其三，微创医学在价值拓展方面表现出很大的开放性，体现了人文主义的医学关怀，打通了医学与人文学科的关系，使得历史、哲学、社会、心理、宗教、伦理、经济、法律更加贴近医学，成为医学发展的人文驱动，让医学成为真正的"人学"。

由微创医学的启示，我们联想到现代医学的发展犹如巨轮起航，需要有高高的桅杆，在那高高的桅杆上，应该高悬两盏"灯"，一盏是职业的、技术的明灯，另一盏是人文主义的明灯，也就是说，医学发展不仅要有不断攀升的技术目标，还应该志存高远，建立崇高的人文理想（为社会提供全面的、人性的综合医学服务）。两盏灯都亮着，我们的航程才会更加壮阔。

四　听诊器的末路

听诊器与白大褂一道，曾经是、如今依然是医生的职业标志。这个发明于 1819 年的医疗器械，算得上是一件有历史沧桑感的现代诊疗工具了。它最初的发明灵感来自于卷个纸筒听胎音，逐渐发展成今天这样模仿耳膜震

动传递病人躯体局部声音分辨病理变化的诊察方法与专门工具。近200年来,就是这么一件由三根乳胶管连接两端听筒的简单器械,不仅帮助医生诊察心肺及内腔的疾病信号,也将医生与病人的关系拉得更近。很长很长的时间里,听心肺成为物理诊断的常规。一个反应医疗关怀与医患融洽的标志性动作是冬日里医生刻意用手搓热听筒才深进病友的前胸。因此,在医学人文的视野中,听诊器是机器时代里最后一件有情之物。可惜,就是这样一件温暖医患关系的器械,它的应用功能近年来大打折扣,许多佩带它的医学生们已经不会熟练使用听诊器了,而逐步转向依赖高科技、同时也是高成本的诊断扫描仪。以至于美国费城的医学教头巴雷特专门制作了一张模拟六种心脏疾病的异常声音的CD,将其分发给医学生,医学生们传输到自己的苹果iPod上,在经过两小时及多达3000次的听觉训练之后,这些医学生借助听诊器诊断心脏疾病的能力大大提高,病理性杂音的辨别率由30%提高到80%,够神奇的了。这是近期来自美国《时代》周刊的报道。

巴雷特老师的努力固然值得钦佩,但已经很难挽回听诊器临床应用的颓势,因为,有一只看不见的手在使劲拖拽着医生们,让他们冷落这件没有多少现实收益的工具。不过,它也激起人们对机器过度替代以及技术主义蚕食医疗全过程的警醒:如果有一天,突然发现挂在医生脖子上的听诊器都已成为一件可有可无的职业道具,那么,医学就不再是一门手艺,而彻底工艺化、机器化了,结果不仅仅只是医疗账单上数字的飙升,也会彻底改变医生临床思维与疾病体验的径路,无须视触叩听,无须坚守现场采集原始的病况信息,它将意味着医生们集体脱离"现场",成为现代医学异化的拐点。

在经验医学时代,医生针对病人躯体的实时接触性诊察几乎是唯一的探查方法,西医讲"视触叩听",中医讲"望闻问切",基本上都是凭着医生的感官敏锐与现场技能来驾驭,当时的临床诊断模式几乎是"一个人的诊断学",诊察(多方采集资料)与诊断(分析资料,得出结论)系于"前线"的接诊大夫一人身上。这种模式问题也不少,譬如说某大夫老眼昏花、耳闭重听,或年轻大大职业训练不足、经验贫乏,岂不耽误大事,再说全凭个体的感官

去体察，客观性也会大打折扣。因此，实验医学的进步表现在诊断学上的意义是革命性的，一是用声光电磁等新技术大大延长了个体感官的精度与深度，二是出现“一群人的诊断学”，分工更加精细，指标体系愈加庞大，收集资料、整理资料、综合判断的职能与流程也逐渐离散开来，不仅带来信息、知识、技术的分割，也带来非知识因素（如诊疗流程中情感认知、人文关怀）的断裂。也许，面对一系列技术成果与“进步”趋势造就的过程“分隔”，医患双方都没有意识到什么不正常，这里隐含着一个超越诊断学的命题：我们更应该相信“人”的感官还是“机器”的探头？从临床指标的客观、精准程度而言，机器常常要比人的得分高，于是，没有更多的人文与哲学审视和反思，人与机器很快达成妥协，以机器的判断为准、为先。传统的“人的诊断学”演变成了现代的“机器诊断学”，人的感官，包括以听诊器为标志的相对简单的辅助诊断器械必然会日益淡出诊断学领域。就像旧时宫廷里屈从于“男女授受不亲”伦理戒律的“吊线诊脉”，医生离开疾病现场。不过，这一次的理由是技术指标至上的专业信条与傲慢，还有消费主义的贪婪在默默蛊惑。在技术主义与消费主义的双重压迫下，听诊器在苦苦地“挣扎”，也引发医学人文角度的反思。

毫无疑问，在现代医学的价值映照下，听诊器现场价值的彻底“复归”与技术功能的全面“复辟”看来有些困难（测听血压的功能因为水银式血压计的广泛运用依然还十分普遍，但难保有一天不被电子血压计所取代），尽管有巴雷特老师的努力，说不准还会被人扣上“守旧”的大帽子。其实，在这份“守旧”的背后，保存着人文主义的基本立场。在医学人文看来，诊疗过程不仅仅是一个技术处置的过程，也是一个医患之间人与人相互认识、理解、交流的仪式，听诊器的出场不仅有技术诊察的意义，还兼具人文慰藉的意义，医生的耳朵，病人的心肺，聆听的是病人躯体的“倾诉”，如果把探头连接到冷冰冰的某编号的机器上，诊疗过程将失去莫名的“温暖”。即使是综合各种技术指标来作判断，也不应该完全放弃听诊器与大体诊断学的诸多手艺。在地域广袤人口广大的乡村，适宜技术与适宜消费也是留住听诊器的绝好理由。

第六讲

中国传统医学人文的终结

在开讲之前，我先讲一个故事，是我最近听复旦大学的一位哲学教授说起的。故事的内容是这样的：有一位德国学者，他生活在电灯诞生不久的年代，但他拒绝使用电灯，坚持用烛光照明。一次外出归来，发现家人已经装上了电灯，他甚为生气，禁止家人使用。一天晚上，窗外有阵疾风将他的蜡烛吹灭，并且滚落在地，他趴在地上四下摸索、寻找。此时他的妻子过来打开电灯，他发现蜡烛原来就在身旁不远处。于是，他恍然大悟："喔！电灯原来有如此妙用，它可以帮助我找寻蜡烛。"教授的这个故事，明喻当然是嘲讽传统学者的迂腐，就像中国古代寓言中"抱瓮入井"的故事。但是，它也包含另一种深刻的隐喻：这里的"烛光"象征着人类自然的传统智慧，它曾经照亮过人类的历史；"烛光"之后，人类还会找到更强大、更便利的现代之"光"，今天是电灯光，明天可能是别的什么光，它的出现造成了"光"对"光"的颠覆；如果我们要重新找回昔日的那束"烛光"，需要工具的变革，需要更为强大的"电灯光"。不可否定，也正是因为这束耀眼的"电灯光"的出现，更加速了"烛光"的失落。对于当代城市里习惯于灯光下生活的一代人，他们属于不

假思索开“灯”的一代；尽管他们也曾有与恋人相约在烛光餐厅里的体验，但从内心深处缺少那份对生命般跳跃的“烛光”的端详和理解，更缺乏“烛光”与“灯光”共时性的相互映照、相互激活的哲学思想；因为在他们受到的教育里，从“烛光”到“电灯光”是社会进步的必然替代。一切都是知识因果链条上的“进化”。

由这个故事，我联想到中国传统医学与现代医学，乃至临床中物理诊断与实验室诊断、校园里传统医学阅读与网络医学信息漫游的关系。由于历史的幸运，我们处在中西医学学习、研究与运用“共轭性”的时代，处在这种“电灯光”与“烛光”共照的格局中，传统医学思想、技术资源的积极吸取对于现代医学发展的重要性与在新的科学、技术语境中激活伟大传统的可能性都丰富了我们今天的医学生活。现代医学是一盏“电灯”，它正在帮助我们寻找和重新燃起传统中国医学的“烛光”，我们祖先丰厚的医学遗产中所包含的传统神韵、民族智慧，将会被从未有过的“灯光”照亮，被新的理论、新的技术所激活；作为智慧的“反哺”，现代医学、现代科学也能从传统医学的“烛光”里找到生命的体验、人文的情怀、自然的启示、博物的慧根。我们期望的是传统医学的“烛光”与现代医学的“电灯光”在相互映照中都能超越自我极限，焕发出新的“灵光”。当然，我们也期望少一些不假思索的“光”对“光”的简单“颠覆”。

客观地讲，中医的百年甄变算不上近现代文化史、思想史领域中的强光带，但它作为传统文化中一门关涉民生的应用技艺，与社会生活的方方面面广泛相联，且其学其术脚踏义理、实用两端。所以它的命运恰似一面巨大的文化透镜，聚集着百年来中学与西学、传统与现代、科学与人文、民族主义情绪与科学主义思潮、农耕文明与工业文明、都市化与田园情结等各种冲突与张力。从这个意义上讲，它是一个文化标本，值得从文化史、思想史角度作系统的审视与清理，这里所做的只是一些即兴的“眉批”与“脚注”。

我们今天在这里谈论中医，首先要清楚的是哪一个“中医”，因为“中医”这个词是“中国医学”的简称，而从地理概念界定的术语不是凝固的，必然伴

随着时代的变迁而变化其内容。当然,这种变化可能是结构性的、本质的,也可能只是知识容量与表述方式上的。所以,严谨的表述还应该在“中医”前面加上时代的限定,可分为古代中医、近代中医、当代中医或20世纪中医之类。这三个概念的本质差别在于知识的纯洁性方面,18世纪之前的中医纯洁性相对高一些,可理解为“自然哲学传统加经验主义积累”特色的传统医学,而近现代的中医则必然顺应东西方文化大撞击、大交流的潮流,走向杂合与多元。严格地讲,“20世纪的中国医学”不仅只包括传统中医的部分,还应该包括源于西方,但如今在中国落户,被相对本土化的现代医学,以及中西医学在沟通中部分融合的创新医学。也就是说它容涵了常说的“三驾马车”(中医、西医、中西医结合)。同样的情形,“20世纪的美国医学”也包括已经相对普及的源自中国的针灸医学。

说到这里,我们应该关注近代科学演进的一个趋势,就是“地域学科”的逐渐消失。在今天,“科学无国界”是一个常识,因此,当代数学谱系中只有一个“阿拉伯数字”的符号概念,而绝找不到“法国数学”、“美国几何学”、“荷兰代数”、“德国数论”之类的体系与类型概念。这一点不同于人文学科,譬如日本文学与美国文学相异,法国绘画与中国绘画互别。科技领域里却偏偏有一个顽强的“中国医学”概念的存在,实在是一个特例,它说明中西医学的整合尚有一定难度,也说明中国医学具有较浓的人文特征。对这一特征的存在,人们有两种立场,一种是“纯种马优势派”,一种是“杂交稻优势派”,前者唯“纯”,后者尚“杂”,都有相当的道理,免不了相互争吵,谁也说服不了谁。我倒希望各自坚持自己的主张去发展,不要也不可能要既“纯”又“杂”这类的调和立场。在我看来,砸碎传统的大革新家与坚守传统的大保守家都值得尊重。尤其是在科学革命学说盛行的今天,要充分尊重文化守成主义者的选择实在不容易。当然,也应该警惕两者的迷失,我们既不能用知识进化论及科学主义眼光来宣布传统的低劣与死亡,也不能用哲学循环论、历史的钟摆律及民族主义情绪高谈传统的优秀与新生。

20世纪中国医学恰恰穿行于文化激进与文化守成的漩涡之中,知识的

激增、观念的激变、情绪的激荡导向传统的误读与误解，最后做了一锅历史的“夹心饭”。夹心之处就在于将中西知识之别、科学与人文学说之异完全等同于新旧之争，而价值判定上又推衍到“科学与玄学”、“优与劣”、“先进与落后”、“文明与愚昧”的向度之上，水火冰炭，龙虎争斗。甚至还闹出20年代末(1928年)启动政令程序“废止中医”的极端事件来。当然，迫于各方面压力及中医界的抗争，这项政令流产了。但是事后我们未能从思想史意义上、文化史意义上予以清理与反思，不免有些遗憾。

发生在70多年前的这桩政治公案本质上是一桩思想文化公案。如果说“废止中医”政令出台是果，那么因在哪里，是什么呢？我想可以分两端来说，一端是群体之因、社会之因，一端是个体之因。当时的中国被迫开放国门已近百年，西学东渐已成大势，10年前发生了“五四运动”，撇开救亡意义，其启蒙意义在于通过反传统来弘扬科学与民主，既然万世师表的孔家店都可以打翻，可以批判，又何况黄老思想为轴心的中医学理论体系呢？发生于该政令出台5年前的“科玄之争”的大讨论实际上是“五四”思想启蒙活动的继续，吸引了中国几乎全部的知识精英参与论争，论争的理性结论最终没有决出，但就阵容、气势与说理的知识性、逻辑性而言，科学派占据绝对上风。这种格局直接影响知识界对作为传统文化支脉的中医学与术的立场与姿态。可以说，它为后来医药行政决策者确定“废止中医”或“废医存药”政纲提供了思想与舆论依托，打倒“玄学鬼”嘛，没什么不对。

说到“科玄之争”这场论争与20世纪中医命运的话题，我觉得有必要“设专题”、“挖深井”。丁文江的“科学万能”与梁启超的“科学文明在欧洲的破产”是一个对子，属于科学观这一层面的命题；而丁文江的科学方法优势论与张君劢的人生观方法(实际上是传统的人文方法)的差异论又是另一个对子，属于方法论层面的命题；包括对逻辑方法、实证方法、实验方法的评价以及是否有非逻辑通道的存在。人类认识方式的复杂性与唯一性、正统与异端的讨论在西方近现代很热闹，照今天多元、宽容的学术氛围来看，我看还是不应该把非正统的路子全都堵死，包括中医学的“取类比象”、“由臆达

悟"、"内景返观"等通道,尤其是使用先贴上"玄学"、"旧学"的标签,然后打倒这种简单的手段。当然丁文江先生并非只有打倒这一招,还有"收编",即整合的一招。譬如他将一些他视为合理的、传统的人文学方法统归于大科学方法之中,好像如今的科学分类也包括社会科学、人文科学。不惟只是理论科学、应用科学、技术科学一样,科学成为一切真理及认知真理方法的总汇,一条超级"大麻袋"。这样一来是否也有内容泛化以及容易滋生科学主义思潮的弊端,可以讨论。在我看来,这个世界很丰富、很精彩,有"科学",也有"非科学",还有"反科学",都不是坏事情。科学精神不是讲怀疑、批判嘛,一切正确的东西、一切真理都归于科学,怀疑、批评不就失去了支点了吗? 如果说有一个反面角色"玄学鬼"的话,那应该是"伪科学"、"迷信妖术",而不应该是类型有别的非科学门派及其言之成理的反科学营垒。

"科玄之争"中的"第三者"陈独秀当年注意到这个分类上的问题。他在《科学与人生观·序》中举例说出了张君劢遇病求医的三种选择:玄学的选择(张的家族)是"求"符咒仙方;中间的选择(张本人)是"求"汉医;科学的选择(丁文江)是"看"西医。而中医学的方法大致是直觉、综合、个案例举的,在陈独秀那里是应该留下来研究的内容,不应该一概推到玄学圈内。陈的良苦用心还在于缩小丁文江所说的"玄学"的外延,反对横扫一切、打倒一切,从柏格森的哲学到陆王心学。其实,玄学一词如不加"鬼",亦有多重理解。中国人有"玄妙"一说,即"妙不可言",超越凡常的妙。当然,大多数情况下是指玄虚、虚妄、荒诞之类,但如果执著于玄虚之说研究的主体不是江湖骗子,而是书斋里的学者,这份玄虚之学的探讨也应该受到尊重。所谓唯心主义思想、认识体系与方法也不尽是"不结果的花"。再说中医既是学又是术,术既有效,引领之学即便有唯心的成分也应该研究,那种必须事先将其强拽到"唯物"阵营之内才能研究的做法不是客观求实的态度,而是自欺欺人。

关于"科玄之争"还有许多话要说,咱们还是先说说个体方面的原因吧。1928 年,废止中医的事端与一位"大人物"有关,即早年为铁血革命家,革命成功后身居高位,到后来又沦为大汉奸的汪精卫。当时北伐刚刚成功,建都

南京，汪当时还在武汉，据当时抗争组织者陈存仁先生回忆，汪到处作演讲，大谈日本的明治维新第一件事就是废止汉医，中国要效法日本改革，就要废止中医。在他支持下，由余云岫起草的提案中这样写道："今日之卫生行政，乃纯粹以科学新医为基础，而加以近代政治之意义者也，今旧医所用理论，皆凭空结构，阻碍科学化，旧医一日不除，'民众思想'一日不变，卫生行政一日不能进展。"汪派言论的错误在于把中医理论与科学启蒙对立起来，他们的中医观与废止举动完全是一种政治姿态，一种照搬日本变革办法的盲动（就汪本人的求医行为来说，并不排斥中医，尤其是晚年）。稍稍了解一些日本近代史的人定会知道，在日本采取废止汉医的举措是中医与荷兰医学龙虎交争的反弹，应了《红楼梦》中的一句谚语，"不是东风压倒西风，就是西风压倒东风"。1849年，阿部伊世发布《（荷）兰方医禁止令》。1858年霍乱流行，汉医治疗不力，将军德川家也传染此病，无奈又发布《（荷）兰方医解禁令》。1883年，西医势力大增，把持卫生行政，发布医师开业规则，虽并未明令禁止，但严加限制汉医，规定年轻（30岁以下）汉医需加考若干西医科目，强令其研习西医知识，称之为"软刀子"扼杀。但这种集体参学西医的行动又有中西医沟通的意义。再说力倡废止中医的前台人物余云岫（余岩）是一位名医（留学日本）而不是一位职业政客，虽然他废止中医的主张错了，但他有别于汪，他曾花气力研究过中医典籍，写过《灵素商兑》、《医学革命论》等学术论争与政治狂言参半的书，于他似乎不能简单对待。我的意思是要系统地研究他的著作，厘清其思想与学术脉络。

大凡中医的命运都与近代史大人物有关，细细数来，可以组一个内阁。一号大人物是孙中山，他是香港西医书院最早的毕业生（仅两人），尽管他的思想倾向有鲜明的民族主义色彩，但其个人求医行为却是偏嗜西医的，他直到肝癌晚期才在宋庆龄等人的劝说下接受名中医陆仲安的侍诊。新文化运动的几位主将如胡适、鲁迅、周作人都曾经对中医不恭，一方面是因为其留学生身份、知识、价值背景与传统中医相抵牾；另一方面是早年的经验，如鲁迅幼年时有为父亲肝病求医的经历积淀，以至于周氏兄弟谈论医药的杂文

中都少不了嘲讽、针砭几句中医。这对世俗学风与价值观有一定的示范作用,也就是今天所说的“名人效应”吧。

其实挑战并不可怕,问题是如何清醒、理性地去应对,这方面有许多值得反思的地方。譬如,迎击科学“长矛”的两块“盾牌”就缺乏谋思,显得无力。一曰:“我是国粹”;二曰:“我也是科学,而且正为进一步科学化而自我更新”。先说前者,20年代初,“孔家店”被“砸烂”,传统文化受到挑战,中医界当以“国医”相称,以表示其国家医术的正统身份,类同于国语、国文、国旗、国徽、国术、国戏。1928年“废止中医提案”起草时还颇为顾忌,于是改为“旧医”,暗喻落后,必须被淘汰。但是,一部近代史,国粹的声望日益疲软,甚至被人视为必须提请国家给予政策性保护的孱弱科目。国粹的命运不济,自然有其深刻的社会文化背景,其中最基本的是以西方知识体系为主体的现代普通教育的推行。从商务印书馆第一套新式教材取代私塾经卷迄今不过80年光景,国人的知识结构、价值体系与行为模式却已大大改变,使得“京剧”、“国画”、“中医”等国粹成了西学汪洋中的几座文化孤岛,不再是必然的选择,而是多元社会世俗生活的或然选择。譬如人们的求医选择,选择中医或西医,最初都是随机的,但西医现代化程度的扩展、机构与规模的显要、说理系统语码与生物常识的契合很容易形成选择优势。当然,过分分科、冷漠服务、药祸等因素也会赶走一些病友,使他们在二次选择中优先选择中医。其次是各自的疗效优势,选择的天平朝着优势一方倾斜,久之可以形成一种求医惯性,如急病找西医,慢性病、疑难病找中医。中西医之争本质上是市场之争。而且市场占有与学科地位互为因果,坦率地讲,在这种消长中,中医失落感更多一些。

一个世纪的近代化、现代化过程撩起的不仅仅只是几位中医大夫心头的失落感,而是整个社会生活的变奏与重构。在今天,带有民族识别特征的象征性的大众符号除了汉语言、方块字之外,恐怕就只有听京戏、看中医、练书法、习武术、收藏国画寥寥几项了。在这样一个社会急剧转型的文化氛围中,高谈“国粹”就显得有些不合时宜,除了前朝的文化遗民、哗众取宠的政

客，作为社会知识阶层的主体，无论是文学新军、科技英才，还是人文社会学者，都不会以“国粹”、文化的纯洁性来确定自己的价值坐标或行为准则。当然，中国地域辽阔，政治、经济、文化发展不平衡，在偏僻的农村，还有许多乐于接受诸如“寒包火”、“邪伏膏肓”等说理形式与内容的朴实乡民。

在论争中坚守并发展的传统中医最忌讳的指责便是“不科学”，以及由此派生出来的“唯心论”、“封建迷信”、“玄学”。办法之一是理论上、哲学上申辩自身的科学性、唯物论、辩证法；之二是引进现代科学手段、技术论证中医指标、观点、方法的客观性、可重复性、群体性。承认中医是一门科学这个大前提，那么它就应该而且可以用主流的自然科学的方法加以研究，它的概念、命题等理论成分及诊疗方法与技术也就应该而且可以被公认的科学标准和研究程序加以检验。现代医学即是遵循这一规范建立起来的知识体系，于是，现代医学的方法与指标常常被作为衡量中医药现代化努力进程中学术研究的金标准。但是50年过去了，依照这种现代化思路建构的科研工作没有取得“熊掌与鱼”兼得的成果，相反还形成老中医不认同、对提高临床疗效无助益这样一种龙蛇皆非、无功而返的局面。于是，人们开始追问中医学的基本性质，中医学是科学吧？如果是，它又是什么意义与理解层面上的科学呢？

这种怀疑由来已久，几年前，旅美学者聂精葆博士曾著文提出摒弃“是科学则存，非科学则亡”的一元价值观，走出科学主义的阴影，以历史的实践为准则重新发现和认识中医，尤其应重视被主流医学遗忘的中医人文传统的挖掘、整理和重建。因为中医存在和发展的优势恰恰在其类型上的“差异”与方法上的“逃逸”，正是这种差异与逃逸构成了对包括生物医学在内的近现代医学的挑战。这之后，我就20世纪中国医学思想史的开掘谈及“人文传统与科学建构”的张力，力图把它确立为具有思想史意义的理性坐标与认识范畴，并由此揭示20世纪中国医学的思想流脉与特征。

笼统地讲科学与人文的张力还不足以揭示出中医的本质特征，在我看来，科学精神的世界普同性与认知方法的多样性应该区别开来。由此可以

界定中医学在本质上认同与接纳科学精神，但生长过程中缺乏西方意义上的科学方法（包括形式逻辑方法、数学方法和实验方法）。中医学的方法主要是哲学的、个性顿悟的、类比的、生活与临床体验的，其核心是以人为中心，从个体的经验开始，以经验作为判别和理解一切事物真伪、价值的标准。如果讲类型意义的话，中医是科学精神与人文方法的结合体。认清这一点既有利于用科学方法来研究中医，也有利于保持并挖掘中医独特的思想精华。在研究中，不至于迷失，才不会把认知问题混淆于本体论问题，把逻辑问题误认为实在论问题，把文化差异错当自然差异，将方法差异当成客体差异。

对中医特质的把握是一回事，当代中医的发展模式是另一回事，不能混淆。譬如我们讲中医学是当代科学之林的别一种范式，是科学精神与人文方法结合的典范，并不等于日后的路依然朝着这两个方向走。医学是人学，不是纯粹意义上的生物科学。研究也好，临床也好，教学也好，均有中西体系与人化、物化旨趣之别，但选择的姿态不同。一部分人主张“扬长避短”，以强化固有模式、惯性发展为策略；一部分人主张“拾遗补缺”，缺什么补什么，追求新的整合与平衡。两种选择之间存在一定的冲突，不是用“加法”就可以辩证地统一在一起的。另一方面的问题是科学与人文、人化与物化、中学与西学的通约与互洽不容易解决。打一个通俗的比方，油画画在坯布上，国画画在宣纸上，如果挪一下材料把油画画到宣纸上，把国画画到坯布上，结果会怎样呢？或许是两败俱伤，或许是新画种的诞生。

陷阱与出路总是共存的。20世纪中医学的甄变与发展无疑是一次文化突围，必然要支付相当的代价。我不大同意一些学者对中西医不可通约性的夸大其词。“通约性”也是一个历史的命题，在18、19世纪西方医学紧紧拥抱形而上学及还原论法则的时代，中西之间的通约性相对差一些；但在系统科学蓬勃兴起，文化、学术背景多元，人们普遍注重跨文化、跨学科沟通与交叉整合的时代，这种通约性就会大大提高。如果今天仍然将中西医的分野类同于芭蕾舞与京剧的关系，无疑也就堵死了中医更新的路子，使得中

医的现代研究只能在文献整理、老中医经验继承、教材版本翻新等有限的空间里踏步，不仅理论上不会有创新，临床也会日渐滑坡、萎缩。这不仅是中医界，也是文化界不愿接受的局面。

考察百年来的中西医关系实在是一件很严谨的学术工作，对通约性理解的变化只是其中的一条线索。其本质是对跨文化生成的两大医学体系差异的体验与认识，当然还夹杂着情绪化、偏激、功利、浮躁等阶段学风的裹挟。如今，我们已经跨过新世纪的门槛，理性、宽容地抚摩过去的百年，是思想史学者的使命。但思想史命题完全可以借助世俗的隐喻来表达、诠释。由此来说，中国医学前50年，甚至还可上溯到19世纪，时代舞台上演的是“风马牛”与“龙虎斗”；后50年历史大幕上绘的是“双峰并峙，二水分流”图，同时还调了一壶“鸡尾酒”，嫁接了几株“苹果梨”。“风马牛”是不相及，“龙虎斗”是论争、对抗，“二水分流”是独立发展，不必多费口舌去解释。引人思考的是“鸡尾酒”与“苹果梨”，它们都是一种文化上的兼并、融合，但很显然境界有别。前者是形合，“阿司匹林”加“白虎汤”；后者是神合。“小夹板骨折固定法”，讲的是动静结合，肌理上已融为一体。对未来世纪与未来世界而言，“苹果梨”的意义更具现代性。如果说中西医学通过“苹果梨”的方式完成人文传统与科学建构的整合，那么，中国传统文化的创造性转换也就找到了钥匙。这不仅是中医的新生之途，也是中国文化的新生之途。

第七讲

“五四”新文化与传统医学的命运

这一讲要提到“五四”，说“五四”，不能不说胡适之，那我们就先讲一段胡适之的故事，说说他与友人的一段“私房话”。1926年9月5日，正在巴黎的博物馆里悉心端详敦煌经卷的胡适之给远在大西洋彼岸的红颜知己韦莲司写了一封短信，信中他不无感慨地写道：“我必须承认，我已经远离了东方文明。有时，我发现自己竟比欧美的思想家更西方。”据胡适研究者介绍，胡韦之间彼此倾慕，友谊很深，是常常说些“私房话”的。几个月后的1927年4月2日，胡致韦的另一封信中表白：“在过去悠长的岁月里，我从未忘记过你——我要你知道，你给予我的是何等丰富——我们这样单纯的友谊是永远不会凋谢的。”当然，本文并非讨论胡韦的友谊与恋情，而是从一位当代思想家的内心表白中，洞察、反思100年来中国现代医学运动的偏颇。

在许多场合里，政治人物、学界人物都很难得“表里如一”的，“私房话”更是万万不能拿到公众场面上去说，胡适之也如此。他当时是“五四”新文

化运动的领军人物，在“五四”期间以倡导“民主”、“科学”（“德先生”、“赛先生”）而“暴得大名”，其言论与姿态影响整个知识界。尤其在1923年中西文化论争（“科玄之争”等）中，他支持丁文江，讥讽张君劢，几近主张“全盘西化”。这场争论已经过去80年了，但它的影响可谓深入人心，体现于医学界尤其“单纯可爱”，奉西方的“现代医学”为唯一的科学正宗，其他的知识与技术统统都是“非科学”、“反科学”甚至“伪科学”，与当年的“玄学鬼”同出一辙。其实，“玄”在东方文化里并非贬义词，有“玄妙”、“玄机”之解，是需要深入研究而不能简单抛弃的。在我接触的许多现代医学专家中，他们对中国传统的文化、传统的医学相当的隔膜，甚至极其鄙夷。其实，在从事医学的人的阅读生活中，应该有中国传统文化以及传统医学的内容，它们与现代医学理路上的不同，譬如传统中医“内科疾病外科处置”、“外科疾病内科处置”的反向思维，恰恰是我们今天学术创新的契机。20世纪物理学大师发现现代物理学与东方神秘主义的内在勾连与启示，从中吸取了反思的支点，许多大科学家甚至从神学、圣经中找到了科学发现的心灵“扳机”。难道中国的现代医学就不可能取法传统医学？

胡适毕竟是一位文化先行者、思想大师，内心依然充满自省，并自我诘问：难道我们应该比欧美的思想家更西方？这种诘问对于我们今天的医学生、研究者、临床专家也不无意义。毋庸讳言，现代医学就是欧美医学，近50年来也就是美国医学，如同批评家尖刻地指出经济全球化、中国的现代化本质上就是美国化一样。医疗选择的多样化，医学研究、思考姿态、个人学养的多元化应该受到重视。医学不仅是“有用”的学问，也是“有根”的学问。下面我们就来寻寻中国医学的这个“根”。

在今天，谈论中国医学的话题，无论是它的命运还是学术流变、观念跃迁，大概都无法绕开“五四”。北大是“五四”运动的策源地与思想文化中心，思想界、学术界都可以作出漂亮的“五四”分析文章，或追思“五四”的精神价值，或重新审视各种文化姿态的冲突与得失，继而反思各种文化与历史范畴的内在张力。这些声音对于中国医学思想脉络的清理、学风的改造与建设

是有所启迪的。说到“五四”，人们会很自然地联想到“德先生”、“赛先生”，想到彻底而且激烈的反传统。作为传统文化构件之一的中医学很自然地被推到受怀疑、批判的位置上，随后80年的文化批判与建设中，传统中医始终处在文化守成的阵营里。如果将“五四”运动比作举长矛的青年，中医则是持盾牌的老叟。海外学者余英时曾喟叹：“中国近代一部思想史就是一个激进化的过程”。人们习惯于把文化守成姿态与政治上的保守立场等同起来，继而贴上“落后”、“反动”的标签将其贬谪。由此看来，传统中医连同它的守成立场均应归于弱势文化的一隅。所以，中医界于情感上不曾接受“五四”精神，包括它的口号与主张。其实，有些历史、文化命题的理解恰恰需要“反弹琵琶”。譬如，我们常说到的对“全盘西化”的反思，它作为一个社会改革的总纲领是行不通的。但如果据此来认识科技领域的现代转型，“全盘西化”就不仅仅只是一句抽象的口号了，可以说，它是丰富具体的现实图景。考察当今的科技世界，从价值观念到知识结构，从学校课程到企业工艺，几乎找不到几丝中国传统科学与技术的遗存了，只是在提法上改用“现代化”的概念而避免用“西化”一词。如果说“全盘西化”还不够彻底，“盘”还剩下一只“角”的话，那便是医学与医疗机构中的多元格局了，即传统中国医学与现代医学(西医)的双峰并峙与三水分流(中医、西医、中西医结合)。于是，中国医学在当代文化史、思想史上的典型意义与类型意义便凸现出来了，成为现代科学技术体系中的一个特例。中西医学的沟通，还派生出从理论到技术上致力于协同效应的“中西医结合”学科的创立与发展，更加展示了当代中国医学的多元与活力。

对传统中医融入现代生活的理解要有纵深感，不仅可以从中引出传统医学命运与选择的深入思考，而且还可以引出未来医学格局的思考。但是，应该看到，“五四”新文化运动的主潮是文化冲突，是传统与现代、中学与西学的论争，是要拆“旧房子”盖“新房子”，文化共生的语境不容易找到，甚至会因为取调和姿态被斥为“保守主义”。值得注意的是，保守与激进之间没有一个共同的坐标，因此，双方就永远不能有真正的对话。其实，严格地讲，

中国没有纯正的保守主义立场和某某负保守之“罪”的大思想家、大医学家。“科学与人生观”论争中的张君劢并不反对科学，从知识到价值。他只不过坚持认为“人生问题不是科学所能解决的问题”，反动科学包揽一切。同样，梁漱溟也认为中国文化非变不可，民主与科学非引进不可，只是各种变革要适应中国文化的“地基”，而且他认为“西方不是人类文化的唯一模式”，还有印度的、中国的文化模式。在激进主义思潮冲刷下，中西医学的论争也一度白热化。“科玄之争”后，余云岫等人在上海倡言医学革命，把中医视为“全盘西化”的最后障碍，经过一段学术论争之后，包括对中医经典、阴阳五行理论的批判，余在 1929 年 2 月召开的第一届中央卫生委员会会议以“规划现代化的卫生工作”为名启动法律程序提出《废止旧医以扫除医事卫生之障碍案》。这份提案中指责中医理论阻碍社会科学化，是文化启蒙的障碍，而且与现代政治体制不契合等等，开辟了“五四”以来文化论争以政治手段来解决这种简单粗暴方式的不良先例。很显然，政治法权不能也不应该成为文化论争的裁判。时过境迁，70 多年后，再来回顾这场废止中医的风波，清理它的文化背景与思想脉络，不难发现新文化运动中未经清理的“科学主义”气息。这种被冠以“五四精神”的科学主义观念与真正的科学精神是相冲突的，它使人们的文化热情胶着于“新与旧”、“进步与落后”、“中与西”、“传统与现代”等时空范畴，而忽视对其文化特征与本质的追问。关于中国医学的文化特征，我想有三层意思需要说明：其一，医学并非纯粹意义上的科学；其二，中国医学的当代困境是人文传统与现代科学建构之间的冲突；其三，是一个悬题，即在当代，医学的二元价值是否应该得到尊重，文化共生的理念能否得到认同。

这里讲的三层意思其实可以统一，正因为医学不是纯粹意义上的科学，才应该从人文性与科学性两个轴向来建构，才会有二元价值的认同。在西方，科学与数学、医学是并列的学科，尽管一些医学的基础学科可以归于科学的范畴，至今诺贝尔奖项还是将科学范畴的生理学与医学并列。当然，在中国历史上，关于医学属性的认识则更偏于技术与艺术。经典意义上的科

学是对自然现象各方面的规律进行系统的研究，不但要有精密的方法与工具，而且有精确的理论说明；另一方面，真正的科学研究不以实用为最高目的，而是坚守为真理而真理、为知识而知识的原则，即运用理性来解释世界、认识世界。从这个意义上看，医学只能称之为科学性的技术，不仅是因为它的实用性，而且还在于解释生命现象的或然性与多元性。人毕竟不同于物，人需要知识、技术、道德、情感的多元关怀。正因为医学是关于人的学问，它就必然要容涵人文与科技、诗性与理性乃至逻辑与非逻辑的双重建构。同样，中西医学共同面对人类医疗与保健的命题，共同承担保卫生命的使命。而且，在20世纪这个时空关节点上相遇是一份历史的机缘，所以，宽容心态与兼容学风是双方相互学习与沟通的前提。汇通也罢，共生也罢，都需要豁达与从容的文化姿态。

豁达不仅仅是一种文化姿态，同时也是一种“独上高楼”的境界。近几十年来，中国针灸的国际化反映了一种西方式的豁达，在现代医学占据主导地位的西方国家，他们居然能承认形态学不确定的经络感传性能的存在，能接受机制不明的针灸、针麻疗法的应用与推广。在这一点上，有着悠久理性传统的欧美医学界的学者对待异质文化的姿态似乎并不刻板，相反表现出相当的学术弹性，他们能把“有趣”、“有用”与“有理”及“理性阐释”几个层面的问题暂时分开，先搁置“有理”与“理性阐释”，去关注“有趣”与“有用”，待积蓄相当的资料、体验之后再去尝试解开理性纽结。这不失为一种明智之举。其实也说不上他们对中国医学有多么的钟爱，但他们相信异质的针灸医学对主流医学的挑战意义，援此可以拓广现代医学的研究视野，丰富“假说库”。于是有几千年积淀的中国针灸医学转而成为某一种研究资源，至于中与西、主与辅、体与用之类的顾虑与“塔布”（禁忌）似乎全然不必牵挂，这便是一份平凡的宽容。

这里还想补充一层意思，宽容，兼容是一种境界，某种意义上讲，还是一种理想。事实上“五四”以来冲突、紧张、竞争、对抗是中西医学之间的共生形式。异质的医学差异是永恒的，有差异就会有冲突，有对抗，不必完全以

调和的姿态去面对这种对抗与冲突。在体育竞赛中,对抗可以激发生命潜能、挑战极限。但要区分三种对抗:一种是球类比赛模式,既要全力限制对手得分,又要冲破对手限制,追求自身高分(我好你不好);一种是田径模式,在同一路径上,遵守同一形式与规划竞争,不限制对方的发挥,但求自身优势状态(你好我更好);第三种是体操模式,只限制场地与器材,比赛内容自主编排,追求体能与艺术的完美表现(你我都好,但风格各异)。很显然,中西医之间的对抗与竞争应该力避球类模式,追求田径模式和体操模式。

毫无疑问,我们推崇的是一种积极的对抗与竞争,对抗只是手段,是过程,目的是反思差异(也是特色)、理解差异继而深入研究差异。当然,差异不全是精华,也不全是优势。我们经常讲的"取其精华,去其糟粕"就是一种理解与甄别的策略。但细细琢磨,其中有主客体之分,如同生活中去水果店买水果,客体(买方)总是从果堆里挑好果子(取精华)买,而主体(卖方)则总是从果堆里挑坏果子扔掉(去糟粕),以维持果堆的整体水准与品质。另一种理解是在主客体融合的情形下,人们会以 1/2 为临界点,当认定好果子(精华)超过 1/2 时会挑坏果子(糟粕)扔掉,留下好果子,当认定坏果子超过 1/2 时,则会挑出好果子(取精华),留下坏果子、扔掉(去糟粕)。而这种认定带有很大的主观性和职业理解的差异。因此,面对传统中医,现代医学研究者的姿态常常是"取精华",寻找特效方药,为我所用,青蒿素、靛玉红的提取与应用是这种模式的成果;而现代中医研究者的姿态常常是"去糟粕",中医病症规范化的研究便是这一思路的成果。无论"取"什么、"去"什么,背后都有一个真理尺度与价值标准问题。是遵循一元价值还是多元价值?是恪守科学标准,还是技术标准?是为真理而真理的自洽标准,还是有效即真理的实用标准?即使是纯粹的科学技术标准,也有一个时空差异问题。譬如以化学提取物与合成品为主的白色药物与以植物、动物原基为主的绿色药物的价值判定上,100 年前,以绿色药物为主流,后来随着化学及化工的长足进步,人类生产出一批纯度高、效价高的白色药片,迅速以先进、科学的名义占据价值与市场优势,被世俗百姓奉为神药;但时过境迁,人们逐渐发现

化学药品存在各种各样的毒副作用,甚至产生殃及子孙的药祸,而且无机物对人类这种高度进化的动物功能与代谢的调节是单向的、单一的,甚至是粗暴干涉式的,远不及动、植药品的多向综合、适度且温和的调摄方式成熟,因为从进化阶梯而言,有机体比无机物高出许多。大凡在进化链条上时空关系越近,相互之间的调节形式越高级。更令人鼓舞的是当今动、植物基因技术已趋于成熟,从前输于化学药品的浓度、纯度、精度问题完全可以在动、植物基因层面予以人工控制,因此,可以预言在不远的将来,人们会重新回归到绿色药品。当然,那将是一个全新的绿色医学时代。

还有一个不容忽视的命题是医疗保健活动的审美情趣。随着疾病谱的变化,人类逐步控制了急性传染病等危急、暴发疾病,身心保健、慢性疾病的调治与康复成为主要的卫生内容,此时人们还会重新唤起对医疗与保健过程中美感的追求,犹如品茶与饮汽水的差别:前者注重过程美感,后者只讲求止渴功效;前者有茶道等功夫与境界,后者无师自通。也许再过若干年,"红炉炭火煲药食,满屋弥漫药草香"成为一种非常个性化的精致的保健生活享受,相反,群体的方便简单的片丸冲剂则是一种粗糙的保健与医疗敷衍。当然,医学不会成为唯美主义的试验品,但人文层面的关怀与诗性滋润会成为医学多元价值的一轴。

要讲人文关怀与诗性滋润,传统中国医学中蕴藏着不少思想与学术资源,还不仅仅只是表现在个性化的药物品赏与使用过程上,药物的命名、药引的归纳与理解也充满了智慧。我在研究清宫医案与清代药引问题时曾有一个体验,中国传统医学中的药物学可以被认为是人文主义科技的典范,曲径通幽,"戏中有戏",既有人文向度的抒怀,也有科技角度的钩玄,合而观之,它是一门文化药物学、文化药理学,不可否定,其中有虚妄玄妙的成分,但基线是人文与科技共轭的。这一特征值得现代医学认真研究,我们的确不能像马克思所讲的那样将"孩子"与"脏水"一齐泼掉。目前,对于传统药物学中的科技因子有不少人重视、研究,但对人文因子还缺乏理解与深究,尤其是结合现代人文学科的知识与智慧去阐释传统、更新传统,更是一个空白。

如果把人文、科技共轭的药物学称为文化药物学的话，我想，传统中国医学的一些元概念更值得讨论，因为它们很有性格。现代著名史家陈寅恪先生曾倡言“解释一字(一词)即是作一部文化史”，此言不虚。譬如中医脏腑学说中的“命门”概念就是一个绝好的例证。首先，它是一个实证的概念，《难经》中所谓肾有两枚，“左者为肾，右者为命门”，而临床上“命门火衰”又是一个具体的病症，有诸如阳痿、五更泻、四肢发冷等表现的症候群。但这一概念似乎又超越了实证层面，成为一个玄妙的概念，它是“生命之门”，司元气，为人体元气的根本，元阳的发源地，它并不拘泥于右肾的功能，而是一股肾间动气。它的兴衰与五脏功能相连，如暖脾、温肾、纳肺气等等。而且命门之火只能适中，不足、偏亢均是病态，不同于世俗所讲的“生命力”，越旺越好。如此庞杂的内涵将这个概念撑得亦实亦虚，由此想到老聃的“道，可道，非常道；名，可名，非常名”，“可道”，大概可与实证主义与科技理解相续接，“非常道”，则应从诗性、哲思等人文层面去阐发，而且对于研究个体来说远不能穷尽其例。由于二元思维向度的存在，中医的思维方式也不拘常规。逻辑方法，尤其是形式逻辑方面本来在中国就不完善，仅有相对发达的名学思想，相反，非逻辑方法却枝繁叶茂，“格物致知”、“由臆达悟”、“内景返观”，涵儒、取道、惜禅宗，诸流脉皆汇于医道，使得中国传统医学不仅是一棵知识之树，同时又是一棵生命之树。所以每一位后来者，无论是要继承它，还是要批判它，改造它，首先都必须叩开这一扇“命门”，真正理解中国医学的杂合特征。由此看来，“命门”这个词具有十分强烈的象征意义。能“出入命门”不仅是一种智慧，一种境界，也是一个研究的前提。

今天，我从“全盘西化”扯到“出入命门”，目的很明确，即通过对传统中医特征的认识与理解来把握当代医学的多元性、共生性，为中西医学各自的独立发展与沟通融合营造更为宽松的语境与宽容的学风。

第八讲

当代药物史与裤裆里的革命

天要下雨，娘要避孕

魅力无穷的“伟哥”

一 天要下雨，娘要避孕

药物这东西，如今变得越发神秘冷漠了，清一色的几何体形状、大小玻璃瓶，没有了100年前绿色药物时代那份植物(少量动物、矿物)的形色、气味。区别是凸压在药片上的中英文缩写与包装盒上的冗长说明，它们不再是天然的赐品，而是自动生产线末端蹦出的医药产品。跑到工厂里去瞥几眼，也只见投料工在装填口倒药物原坯，不知它出自化学合成还是植物的提取物。我们正在步入一个“白色药物”时代。这并非说所有的药物都是白色，而是它们大多显出白色的那份冷漠。这种感觉在处方者(医生)、配药者(药剂师)那里表现得更明显，似乎一切真相都笼罩在药物科学的黑色帷幕里。没有激情，没有想象，也没有体验和衷肠，只有原理、因果、医嘱与服从。

其实，在发明者和使用者那里是另一番景象，心智上、情感上、体验上都有说不完的曲曲折折。被认为20世纪最具革命性的药物——避孕药的故事可以拿来作一个佐证。

我们通常所讲的药物有非常明确的功利目的——治病疗伤，没有治疗功能的药品不是安慰剂便是保健品。避孕药的功效嘛，众人皆知，阻止妊娠，而妊娠是一个生理过程，不是病理过程。于是，说它是药品都有些勉强，好在临床上也拿避孕药来治疗月经不调这类功能性疾病，归入药物之类，总算说得过去。但换一个视角来看，避孕药治的是社会之疾，疗的是心灵之伤。因为如果不阻止一部分生育行为，我们这个星球就会因人口急剧膨胀而陷于资源、环境危机，就会像马尔萨斯这位糟老头子预言的那样走向人类自毁。对家庭而言，性爱透支与生育义务之间常常不平衡，过度生育或多次堕胎会将女性推向心灵、躯体双重苦痛、恐惧的地步，从而折杀女性的生命和生存质量。

避孕药担负的使命是否太沉重了些？而这份沉重却是来源于上帝的一个苛刻的法则：性的快乐与生育义务的同一性。你们想寻欢作乐吗？行！但得讲条件，付代价。女性月周期的性活动里就有约一周时间（排卵前后）有受孕的机会和可能。男女之间原本是求乐的性活动被缀上生育的义务。当然，早先的生育行为与性乐趣是统一的。大凡造物主都明白繁衍后代是一件耗费精血体力的累活，担心人类有所懈怠，便为有性繁殖的动物准备了一件快乐的礼物，引诱人们乐而为之，这便是男女交媾的快感和巅峰体验。由此也产生了性快乐与生育活动的冲突。其一，生育哺乳期间女性“性趣”会下降，注意力会转移到孩童身上。其二，多次生育会降低母亲体质，性器官松弛，导致性活力的衰减。其三，孩童的增加逼迫男女双方加紧工作去哺养后代，生计重负会压抑性能力。其四，自发与自主堕胎给女性身心带来极度的恐惧和九死一生的危厄。透过这些冲突和艰险，我们不难理解避孕药的发明具有拯救意义和颠覆意义。一方面，它解救了那些为性爱欢愉而付出沉重代价的男男女女；另一方面，颠覆了上帝的法则，从而成为人类性狂

欢的守护神。因此有人将其界定为“寻欢剂”或者“抗婴药”。

寻欢并不是人类的罪过，在避孕药的发明征途中，相当大的动力来源于对性爱无拘性的追求。避孕药探索的积极倡导者与投资者（美国政府没在这个项目中投过1美元），后来成为“国际计划生育联盟”负责人的玛格丽特·桑吉尔等一批早期女权主义者就主张“女人应该受浪漫的支配，只为快乐而拥有性”，“应该为性爱的和谐美满而战斗”。她聆听过弗洛伊德的演讲，与性学大师蔼理士有过私情。在她看来，女性自主的、无拘于生育限制的性爱权比投票权更重要。她甚至还因开设控制生育门诊、制止堕胎而蹲过大狱。当然也还有避孕药的理念与功效被社会所接纳、认同之后的大红大紫。在避孕药的观念拓荒期，充满了涌宕的心灵传奇。即使是药物学、药理学向度的科学、技术发明与发现，也流淌着酸涩、辛甘参半的世俗故事，而不是像一些模式化的科普作品所描述的，是仅凭着几位科学圣人道德化的奉献所创造的人间奇迹。首先，避孕的本质是维护性的无拘性，却扼杀生育的无拘性，干预并阻断个体生命的自然过程，因此，它冲撞着传统伦理、宗教（尤其是天主教）的生殖与生育观——主张生殖过程是神圣的，不可干预的，尤其不能以禁果的引诱和情欲的追逐作为理由来剥离生育义务。避孕药的主要研究者（负责临床部分研究工作）洛克医生本是一位天主教徒，他与安娜·桑戴克的婚礼是在天主教堂里完成的。他的家庭、他们的宗教生活与他的研究工作发生了不可调和的冲突，一开始只能以自欺的方式去逃避，声称类固醇只是作为一种治疗月经不调症的新药，与避孕是两回事，后来，才逐渐怀疑天主教教义的神圣性。但是，即使到避孕药研究成功，他也没有背叛他信仰的宗教，只是将医学、药物学研究价值中立、独立出来，一边研究，一边忏悔，过着二元价值的精神生活。

人体是世间最为奇妙的生命体，它的每一项生理功能都无比精致，都是体外的机械学原理、化学原理所无法完全摹写、复制的。生殖功能更是众多生理现象中最为复杂的，从中枢神经到性器官之间密布着万千种生化调节物质、神秘的调控机制，使人类在情场、在孕期、在产床表现出丰富多彩的身

心变化。其中与性、生殖过程联系最直接的便是性激素(荷尔蒙),包括雌激素、孕激素、雄激素,是它们将情感、心理的风骚万种化作性冲动的生理命令。更为令人观止的是调度有方、精细完成的受孕到生产这一漫长过程的生殖活动。而避孕药的工作平台恰好在内分泌物质的替代、传送与修改上,用医药专业语言就是在类固醇的生产、合成上。主持这项研究的药物学家平克斯·马尔科尔首先孕妇的尿中提取到类固醇物质,但产量远远不够,继而到牛的尿中去提取,历经千百次尝试,由动物思路转向植物思路,最后在墨西哥丛林中找到一种野生植物贝特根,用萃取的方法提取到孕激素的原料沙泼基林,完成了一项从植物原料中生产荷尔蒙(激素)的划时代创新。随后是由实验室到工业化生产、从动物试验到临床试验之间的艰难跋涉,这当中还有一位中国留学生常敏纯因“二战”爆发羁留美国参加了一部分重要的实验室工作。从 1951 年兔子身上的抑制排卵成功到 50 位育龄妇女的避孕成功,又经历了 4 年。1955 年 10 月,在东京举行的国际计划生育联合会代表大会上,平克斯博士宣布了避孕药的发明成果。1957—1960 年间,美国联邦食品与药品管理局两次审批了商业化的口服避孕药伊诺维得和诺尔爵汀,由于来自宗教的压力,批准文件上写明治疗妇女月经不调,但功能一项又标出“本药品能使妇女停止排卵,同时可能增强性能力”。到 1965 年,这种仍然被称为“治疗月经不调”的黄色小药丸已经在育龄妇女中风行。在美国,受过大学教育、非天主教徒的 25 岁以下的已婚妇女中高达 81%的人使用避孕药。更多的人“只为快乐而拥有性”。据一项调查报告显示,使用避孕药的妇女们每四周有 10 次性生活,比使用其他方法避孕的妇女高出 25%(一种结果为 37%),由此带来“女性在性爱上像男人一样自由了”。30 年后,避孕药与妇女选举权一起被列为 20 世纪女性解放的两大标志。

在一些女权运动者心中,女性解放就是性解放,或者可以反过来说,身体情欲都不能自主释放,谈何女性解放。这就引出避孕药的社会意义的深入思考。尽管医生、药剂师面无表情地将淡黄色小药片如同感冒药一样交与求医者,然后例行公事般地嘱咐服用方法,仿佛服药者都只需机械地执行

医嘱就完成了这次求医过程，但这回是医生丧失了激情与想象力。第一批走出诊室和医院的求药者步履轻盈，心头雀舞，一腔的不平静，如同旧剑鞘里多了一把新刃，可以劈开丛林里的荆棘，踏上一条新途。道学家们也许会追问，怀揣着避孕药去会谁？丈夫还是情人？为何服药者越来越低龄化？为何避孕药推广后不久美国就闹起"性解放"来？这些问题都可以坦然回答，也可以反诘，为什么不！有这样的豪气，大凡桑吉尔、洛克、平克斯等人为探求和发明避孕药所付出的艰苦卓绝的努力就没有白费。

二　魅力无穷的"伟哥"

话题还得从市面上流行的马丁博士的《蓝色精灵——伟哥报告》一书说起。马丁显然是化名，从内容分析，他是一位有医学背景的作家。书中所讲的不仅引人注目，而且还蕴含一些耐人琢磨的东西。我们现在就来聊聊这本书吧。在我看来，一部人类两性关系史不过是一架秋千在禁欲与纵欲之间荡来荡去，医学在这当中充当着助推器的角色，为禁欲或者纵欲作一些科学的注脚。近观20世纪，裤裆里的两项医学革命改变了人类性活动的行为方式与固有观念，成为纵欲主义和享乐主义的同谋：一项成果是避孕药品及技术的普及，它使得女性从生育义务，或者说是生育麻烦中解脱出来，有机会彻底地释放情欲，去独享躯体的快活；另一项成果就是最近面市的阳痿新药伟哥(Viagra)，它使得男人不仅可以摆脱阳痿病的躯体无能与精神压抑，而且可以帮助他们自主地兴奋性器官，体验性乐趣。于是，彻底颠覆了据说是上帝创造的两条自然法则，一是女性性快乐与生育义务的同一性，二是男性性兴奋的时段性与自然衰减律，给我们这个燃情岁月带来许多的性福利。因此，对于这个时代的百姓来说，不仅是一种幸运，也是一份幸福。

毫无疑问，对于世俗生活中的快乐与幸福，人们有权利充分地享用。历史上禁欲主义的盛行，不仅是对躯体快乐的剥夺，而且也是对精神的极度压抑和扭曲。在这个问题上，灵与肉是统一的，躯体阳痿不可抗拒地会带来精

神的阳痿,由此带来道德的伪善、人性的泯灭与创造力的衰退。从这个意义上说,我希望那架秋千朝着自由的、解放的性活动方向荡去,哪怕有适度的纵欲倾向,也是无可指摘的,人类毕竟在禁欲主义的隧道里待得太久了,性解放如果针对禁欲主义而言就是一种自由的释放、正常的宣泄。

回头再来谈"伟哥"这个药,"伟哥"其实是这个药的商品名,英文叫 Viagra,是一个人造合成词,由 Vigor 与 Niagara 两个词合拼而成,前者的本意是精力,后者则是著名的尼亚加拉大瀑布,组合的意思是"男人的精力超拔如同奔泻的瀑布"。应该说很有想象力,服其药,思其名,不仅有躯体调动作用,还有心理暗示作用。最初,台湾的医师译成"威而刚",大陆的医师译成"威而坚",译得太硬,一点都不含蓄,还是香港的医师脑筋活,顺其音一哼,"伟哥",既生动又有余味,堪称神译。

而"伟哥"的发明,在科技史上具有某种类型意义——"种豆得瓜"。

其实,"伟哥"的学名叫喜多芬柠檬酸盐,片剂,是一种试验中的扩张冠状动脉、改善冠心病的新药。但临床实验进行了十年(1980—1991 年),证明其疗效并不明显。当主持这项研究的英国医生特雷特博士沮丧地对他的新药志愿试验者宣布将中止这项研究、停止发放实验药品时,意外地遭到志愿者的集体反对,一位 72 岁的老翁指着自己的裤裆大嚷:"它对心脏不起作用,却对这儿起作用。"原来,他服药后都会感到一种强烈的内心冲动,消失了多年的青春骚动再现了,他建议特雷特与他的妻子去谈谈这种"副作用"给老年夫妻带来的生理奇迹……

于是,喜多芬治疗男性勃起障碍及启动性欲的功能浮出水面。药理学家最初推想它的作用是松弛肌肉、扩张血管,使局部供血加快,从而改善因冠状动脉硬化而导致的心脏缺血缺氧,缓解心前区疼痛,谁知这种期待落空了,该发生作用的地方没戏,不曾想到的器官却敏感地充血,膨壮起来。看来歪打正着,喜多芬的靶器官是阴茎海绵体,而不是什么冠状动脉。随后,经过 7 年的研究,一种新药"伟哥"横空出世了。

这种情形与青霉素的发现很相似。当年弗莱明将一个试验用的细菌培

养皿暴露在杂菌环境中，本来是一次污染事故，却带来了青霉素这一革命性的医学发明的诞生。看来，科技这个职业还真是一门“机会主义”的学问，偶然事件、副作用都不能轻易绕过。如同青霉素的发明为人类征服感染性疾病带来一次突破性进步一样，“伟哥”的发明也给男人的世界掀起一阵狂飚。

按照纯医学的观点，一种药物的价值如何评估，取决于它的目标病人和疗效高低。据临床流行病学家推测，约10%的男人有这种难言之隐，这个比例远远大于传染病、肿瘤、心脏病的发病率，粗略估算，我们这个世界上有数以亿计的目标病人，还不包括老年性阳痿，以及那些性期待高涨、试图服药销魂找乐的诈病者。越想越邪乎，这种药的价值远远超出医学，它的意义首先是经济上的巨大市场。在美国，1998年3月27日“伟哥”通过联邦药品及食品管理局的审批，第一周，每天开出1.5万张处方，第二周2.5万张/天，第三周3.5万张/天，到第七周，达到27万张，创下了全球药物史的最新纪录。由此，辉瑞制药公司的股票连跳三级，人们在购买“伟哥”的同时也买进辉瑞的股票。照这样下去，美国GNP的一半将会由“伟哥”这种蓝色药丸来创造了。这当然是玩笑。不过辉瑞公司“伟哥”产品第一年的销售额已达10亿美元。无怪乎有人为中国经济谏言，要走出市场疲软，引进“伟哥”吧。

这样的“性万能论”当然只是玩笑，但这种跳出学科看问题的思路是对的，“伟哥”的意义不局限于医学领域，因为人类性活动从来就不是纯粹躯体的，或纯生理的，还有心理的、行为的、社会的诸多方面。但它首先还是躯体的。因此，真正受惠于“伟哥”的还是那些被阳痿困扰的男人与家庭，它使他们从躯体、从心理上彻底摆脱“性无能”这个令男人深度沮丧与危机的角色体验。医学史家希格·杜蒙德曾说过：“性无能兴许是男性自我意识的最后一道脆弱的防线”，因此，“对性无能的超越也是人性中最后一丝光明的希望”。从痿哥到伟哥，挺立的不仅仅只是某一器官，还有男人的尊严与夫妻的幸福。据现代婚姻专家推测，离婚男女有1/3起因于性关系的失败与冷漠。“伟哥”能点燃卧室里的生命之火，让病理性禁欲的人们重新享受到性的快乐，对个人，于家庭，实在是功德不小。当他们再次面对情急的妻子尖

刻的抱怨:“你也是男人?!”能挺直腰板大吼:“我是真正的男人!”

或许,生活中这种情境不难找到,隐藏在每个男人心灵深处的是一种与生俱来的英雄梦。也包括性霸权色彩的英雄梦,这一点,在中外历史与文学作品中反映得很充分,无论是雄才大略的帝王,还是称霸一方的市井无赖,无论是薄伽丘的《十日谈》,还是兰陵笑笑生笔下的西门庆,都有一种通过性征服来凸显男性价值的潜意识。因此,男人的性能幻想在相互攀比中不断提升,就像一场田径赛,追逐着更高、更快、更强。历史上的纵欲主义一半是现世快活体验,一半是自大与自信感的强化。而随着商业文明的日益繁荣,越来越快的生活节奏、越来越沉重的心理负担正在销蚀着男人的性能力。因此,“伟哥”的出现,犹如一声发令枪,重新启动了男人对性英雄梦想的追逐。它不只是扶起跌倒的失败者(阳痿患者),更在于激起强者的夺冠竞赛。因此,在美国,许多服用者并不把它视为药品,而是视为性的福利品、强化剂。伟哥的社会意义一半是扶弱,一半是助强。六、七十年代的那场性解放刚刚被艾滋病的恐惧所压抑,“伟哥”的登场又为这场运动添了一把干柴。

不过“伟哥”的药理学功效只局限于躯体,未能消除灵与肉张力中的紧张感。也许,这种蓝色药丸正在加速这种紧张。因为,它强化了男性的缺点,在两性游戏中,男性的缺点是性趣过分聚集于性的器官,使得过程愉悦动物化、官能化,本质是简约化。“伟哥”恰恰强化了这种简约,而忽视综合的、对象的愉悦共鸣,把一场情感交融的合奏变为一次孤芳自赏的独奏。其次,外在的替代型的强壮并不能建立真正的自信,就像用旁人引擎点火的汽车,启动之后就会陷于二次启动的依赖中而重新丧失自信。此外,更强的诱惑与贪婪也会使男人在不断攀升的高峰体验中重新迷失,犹如技巧主义的迷失一样,是一种无法拯救的迷失。出路在于彻底告别竞赛型的单向度的性爱价值,转而接受一种艺术化的、多元的、自然的性爱价值。

让我们设想一下,如果有一天,全世界的男人都在夜10点服用高效的“伟哥”药丸,集体回复到十八青春,随即像运动员一样强壮,去完成一套高难度的性爱竞技,将是一件多么乏味的生活景象。

当然,这种图景当然不会出现,性游戏毕竟是个性化的隐秘活动。高质量与艺术化、多元化也是可以统一的。再说性活动更多的是一种动物性的本能,由不得过分哲学化、理性化的拷打,从而陷于一种无所适从的茫然之中。艺术化的性爱关系遵从一种随缘的、宽松的价值包容。应该学会为偶尔的阳痿、偶尔的无高潮寻找合理性,追寻高潮,但拒绝高潮崇拜,渴望坚挺,但拒绝坚挺崇拜,从而缓和或消解性爱关系中的竞赛性、技术性,增加游戏性、神秘感。人类性爱毕竟是情爱的一部分,快感的真谛是灵与肉的交融,而不是服用了“伟哥”之后的性勾引与性征服。但同时也应明白,人类无法迈出上帝设置的“陷阱”。此外,我还想到另一种可能,作为医学生,大家都知道“安慰剂”的作用——告诉病人这是极好的特效药,病人服后果然大见成效,而实际上病人服用的不过只是面粉、维生素 C 之类的东西。“伟哥”既然已经被狂炒,自然成了许多男人心中最伟大的特效药,服用之后,必然药到之后“威而刚”,但在假药盛行的今天,各种骗局、贪婪都会运用心理暗示的机制来兜售其奸,牟取暴利;更大的骗局可能是真正的“伟哥”也是被夸大、被哄抬的普通疗效的药物。

“伟哥”毕竟是药品,有它的副作用与禁忌症,不允许被当作春药来滥用,这是大自然的法则。我看到的材料,在美国,已经发现因服用“伟哥”而导致心脏性猝死的病例,被称为“伟哥寡妇”事件。据说这类病例已超过 100 例,但因果关系的必然性还需要进一步的证实。此外,还有“伟哥”诱发致命肺心病的报道,这有点像 1970 年代日本的“反应停”事件,人们欢呼像妊娠反应这样的不适都可以通过药物来改善时,随即发现它会导致胎儿畸形的严重后果。凡事都将支付代价、承担风险,我想,性的快乐也不例外。因此,对于“伟哥”的前景,还需要时间才能看清楚。当然,有人就愿意快乐死,就像公蜂为完成性责任不惜以身殉之,这也是一种选择。

总之,我们生活在一个高度技术化的时代,操纵技术而不被技术奴役是维护人性的重要命题。性活动是人类世俗生活的主要节目,应该穿越知识与技巧,回到自然与和谐。问题是什么力量在引诱人类性活动滑向竞赛与

技巧主义。答案是复杂的，是铺天盖地的性读物、电台的午夜成人节目、香港、好莱坞的情爱片？还是伟哥的市场开拓计划？……似乎有一个庞大的性产业集团在经营、演绎着当代的性观念与规则，廉价拍卖着性特征、性体验，管制着人们的性程序、性操作。于是女性的乳房在哺乳功能与观赏对象的冲突中，日益淡出婴儿的需要，而越来越为消费的刺激俘获，成了点缀大众媒体的新偶像，理想化的乳房便与长在女人身上的乳房拉开了距离；对男人来说就是那条“根”，在古人那里，有壮硕崇拜，如今又来了坚挺崇拜；在男女性交媾中，有高潮神话。好莱坞的生活片大致都是这样安排的，两位不知来路，但性征十分明显，男俊女靓、感情丰富的男女主角邂逅了，男主角说“你是我见到的最美的女人”，女主角回答：“是吗?”男主角接着说：“外面很冷，到我家里喝点什么吧?”或路过家门时说：“上去坐坐吧!”女主角说：“为什么不呢?”接下去的戏是一杯热咖啡或威士忌下肚，不久便是电影艺术表现的朦胧或直白的性欢娱场面，搅得观众心旌动摇：为什么主角之一不是我呢？恨不得走进荧屏去充当一个角色。这场戏完成后，导演还不忘给女主角一个特写，深情地对男主角说：“你真棒!”有了这种视觉挑逗与暗示，谁还能容忍生活中平平常常的性过程，非锐意进取不可。于是一间间卧房被点燃，有了伟哥和丰乳霜的销售奇迹。

这些都是外在的蛊惑让人沉溺物欲，迷失精神家园“伟哥”被用来当虎皮。商品社会就是这么一种景象，选择性与洞察力必须同步增长才合理。应当指出的是，为性爱提供这样一件神乎其神的“利器”，可能的消极作用也不容忽视。从历史上看，人类追求“长乐”——性爱之乐当然是最大的人生之乐——与追求“长生”，是有内在相通之处的。只有那些生活非常美满幸福(其中自然也包括了性爱的幸福)的人，才去拼命追求长生久乐。而他们追求的长生情景，必然包括了“玉女相伴”这样的性爱长乐。秦始皇是中国古代历史上追求长生久乐的“杰出代表”，历代的达官贵人不过是承其衣钵、余绪而已。汉武帝也不惜代价求长生，同时也求性爱上的长乐，在古代稗官野史类论述中，他曾向方术之士学习房中术——这是中国历史上集长生与

长乐于一体的最著名的方术，如果允许稍微夸张一点，稍微简单化一点，几乎可以用如下的公式来表述：

房中术＝长生不死＋伟哥

这是多么令人神往的人生至乐啊！然而结果呢？在《史记·孝武本纪》中，汉武帝成了屡屡被骗的大傻瓜。“后之视今，亦犹今之视昔”，“伟哥”这个蓝色神话在中外媒体的爆炒之下，世人趋之若狂，最终会不会也被证明是一大骗局呢？

古往今来，人们追求“长生”已经败下阵来，追求“长乐”能否成功，也还在未定之天。应该是与追求“长生”的结局相仿——这种相仿可以从正反两方面去理解。

第九讲

医学家的传记与思想辉光

医学家的传记

柳叶刀与狐狸

通往纯粹的羊肠小道

一位学者的搬家史及学术扩张史

一　医学家的传记

在这样一个自我标榜、自我展览的时代里，书写传记成为一件十分流行的个性生存行为，书店的热销榜上传记的位置从来就没被冷落过。其中以政治家的传记最抢眼球，在美国，小布什的前任克林顿在位时不仅惹得绯闻滔滔，还欠了一屁股律师债，卸任后一本传记就让老百姓分享到总统的白宫艳情。第一夫人希拉里的文学修养要比老公强，传记也应该抢先出，那样的话早已先富起来。估计小布什退下来也闲不了，传记中光一个伊拉克战争内幕的亮点就够他发一笔不小的财。挨下来是文人学者，他们是一批职业

的时代与社会精神建构师,传记是他们张扬文采,暗渡思想、良知与理性的非虚构创作体裁。综观文学史,名著无分中外,大凡都有作者自传的痕迹。可惜这些年文坛的养尊处优使他们娇奢得像富人客厅里的猫,他们的生活与笔墨如同温软轻飘的鸭绒被,少了血性、良知与厚重感(当然也不缺生命贫血的伪野性、伪刚强)。不过,当下最受人民群众喜爱的应数娱乐明星、大腕们的矫情传记,男女老少"粉丝"资助娱乐英雄们的主要途径就是掏钱听音乐、买传记。

相形之下,科学家的传记不好写,也不好卖,还不好读,医学家的传记更是凤毛麟角,属于中国医生写的传记更是少得可怜,悉心收罗不过十来种。排列开来还是洋人的多,近年来能进入大众视野的医学家传记譬如美国人托马斯·刘易斯的《最年轻的科学》、卢里亚的《老虎机与破试管》、杰拉西的《避孕药的是是非非》、比罗的《一个医生的患病手记》,德国人施韦泽的《非洲丛林60年》,以及后来的《施韦泽传》(又译《史怀哲传》)。记述中国医生生活的传记极少,能显耀当时、又潜入历史的更少,如沪上名中医陈存仁先生的《银元时代生活史》。血液病专家郁知非先生的社会知名度不是特别高,但他的自传《飞鸿》内容质朴感人,精气神昭然纸上,出版后因推广不力,在读者中影响较小。而社会知名度极高的林巧稚、吴阶平、钟南山,他们的传记却写得像劳模功德谱,缺乏属于医学家思想传记所应该具备的人性、人格与智慧的辉光,因此很难进入大众热读视野。倒是由病人或家属撰写的患病经历记事与病榻传记很受读者欢迎,在大众热读谱中占据重要地位,如史铁生的《病隙随笔》,周国平的《妞妞——一个父亲的札记》、子尤的《谁的青春有我狂》、陈冬芹的《命若悬丝——我的病房日记》等等。叩问原因,在于作者有真实的体验,笔端饱蘸着生命的忐忑、人性的落差,包含着人们对疾病、苦难这些生命母题的呼唤、审视与反思。

医学家的传记不好写或者写不好的理由很多,但肯定不是医生们不会写好文章,或没有时间写好文章,因为中外文坛由医学出发进入文学殿堂继而成为文豪的人太多,且不去追索古代的医文相通,现当代作家序列里就很

有阵营，上世纪二三十年代的鲁迅、郭沫若，当下的毕淑敏、池莉、余华、止庵。他们从容的职业"转身"揭示一个道理，那就是医学与文学"同属于人学"，共同关注鲜活的人，从生老病死的世俗节目中洞察人性与人道的意义。但是，当代医学的技术主义思潮在无情地销蚀、分离这份共同的价值，这就是为何一些人跑出医学进入文坛就文采飞扬，留下来的却思绪刻板、文辞干瘪的原因。一部精彩的传记并不取决于文辞的流畅优雅，而更多地取决于精神境界的高度与厚度，同时又饱含世俗的深刻。譬如贝塔朗菲的自传定位为"学术与精神搬家史"。刘易斯的自传中宣称他的一生见证了医学的激荡进步，但它依然是一门年轻的学科，敬畏之心必须长存。杰拉西的自传定格为"智力重婚史"，一个心智由"硬"转"软"的蜕变史，他在传记的卷首这样写道：

> 我打算借这本传记纠正一个公众的误解，让那些对科学活动无知的人们明白一个道理，科学家并不都是活动范围狭窄的专业人士，他们通常被认为在操着世人难以知晓的专业语言交流，蜗居在实验室里从事与公众兴趣相脱离的种种研究，其实，他们同那些从事智力工作的学者和思想家一样具有广泛的好奇心，生活中也会自私，不完美，他们的视野完全不囿于实验室，常常会卷入火热的社会生活中去，这一份社会关怀导致我由一名标准的"硬"科学家逐渐向一个本质上带有"软"的意义的科学家转身的精神蜕变。

这也是百年来专业技术人士迈向公共知识分子的必由之路。

如果在笔端融入人文意义的追求，传记就会超然于技术生活的平直叙事，传记写作本身也升华为一次人文主义的心智陶冶，医务生涯就不再只是技术功利的积累，而是一次次人性的相遇、心志的拓展、智力的攀岩，不断地"独上高楼，望尽天涯路"。这一份情怀传递给读者，便是一次次医学人文的接力。在当前医学院校偏技术的教育背景下，医学人文的薪火相传有两支明

亮的蜡烛,一支是“医学史”的阅读,另一支则是“医学家传记”的写作与阅读。后者对于医学生早期心志发展中的职业理解、人文启蒙更具“扳机意义”。

医学家传记的阅读感召不仅仅局限于医学圈内,更应该推广到普罗大众,让他们通过阅读来共同探讨医学的价值皈依、职业追求,洞悉医学家的内心世界,医务生活中技术与人性的角力与平衡,流淌在大师职业生活中的宗教般虔诚、献身传统。当下医患关系紧张,道德空洞越来越大,医务界的新闻面孔高度分裂,一方面是天使般的纯粹、圣人般的道德献身,一方面是奸商般的贪婪、卑鄙的攫取,前者在百姓眼中不免有些虚幻,后者却细节确凿,不容分说,而且报道的数量上严重失衡。加之新闻的商业化,媒体需要获得社会公信力与道德优越感,需要争夺百姓注意力,他们唯恐医院不出乱子,遇事也未必公正客观,不惜渲染夸耀细节,赚取同情心。在公众道德天平上,医学、医院、医生的职业形象正在急剧恶化,应该承认制度上、管理上、教育上存在诸多问题,需要改进,但在许多大众媒体的传播渠道里医务生活被大大地妖魔化了也是重要原因。要跳出新闻的角力场,传记是一种好形式,它展示的医学决策的多样性,医生的价值追求、心路历程比较完整、真切,同时具有文学之美,好的传记文本还可以改编成电视剧、电影的传记片,像美国电视连续剧《急症室的故事》,写赵雪娥大夫的《一个医生的故事》,都曾感动一个阶段、一个阶层的民众,重塑了医学的社会与道德形象。这也算是倡导医学家传记创作与阅读的一点现实意义吧。

二　柳叶刀与狐狸

医学,本是一门非常世俗的学问与技艺,生老病死,牵系民生,除非神仙,谁也脱不开,因此,它古往今来都备受关注,究其根由,源于人们对自身生命的珍重。不过,随着医学的专门化与高度分化,公众的目光已难以触及医学的内层,媒体除了给大众传播一些实用的保健知识之外,便是鼓励大家为各种医学成就喝彩。殊不知,表面上愈加精致完善的现代医学正面临着

深深的内在困惑，它期待公众源于生命深处的理解，呼唤来自思想层面的精神挑战。在此，就让我们来寻访几位怀揣思想柳叶刀(Lacent)的挑战者吧！

萨尔瓦多·E·卢里亚(Salvado. E. Luria，1912—1991年)就是一位够格的挑战者。这位因揭示噬菌体增殖时自发突变规律而与另外两位医学家分享1969年诺贝尔医学与生理学奖的资深医学家，曾经为非专业人士写过两本书，着意张扬他的反叛立场。一本是1973年出版的《生命：未完成的实验》(*Life：the Unfinished Experiment*)，该书旨在揭示生命现象与本质的无穷奥秘，戏谑了人类认识的稚拙与浅薄，曾荣获美国国家图书奖，足见其影响之大。另一本书是他的自传《老虎机与破碎的试管》(*A Slot Machine，A Broken Test Tube*)，这个颇耐寻味的书名包埋了卢里亚的一个隐喻，在卢里亚看来，现代医学是一架张大嘴巴"吃角子"(吞噬钱财)的老虎机：一方面指医学的基础研究耗费了巨大的资财，但由于人类生命现象的异常复杂与还原论研究办法的天然缺陷，只提供了一幅支离的生命图景，所谓"破碎的试管"；另一方面也涉及临床医学及整个卫生经济机器对社会财富的肆意挤占。一是对"生命优先权"的滥用，二是健康代价支付的"马太效应"，三是高尖技术与适宜技术的失衡，都使得医学老虎机的"血盆大口"越来越"深"，还不包括市场经济场景下商业贪婪与道德沦丧的雪上加霜。公众已经意识到现代医学科学进步的高昂代价以及现代保健制度的深刻缺陷，卢里亚的隐喻无疑更加唤起人们的"疑心"，点燃批判的情绪，向现代医学的科学神话举起人文的投枪。尽管卢里亚有着诺贝尔医学及生理学奖水准的科学业绩，但他不是一位"唯科学主义者"。相反，在他的书中，极力张扬医学本质的二重性，它既是一门科学，又是一门人学，需要人文滋润。他在自传中还现身说法，叙述了他本人人文主义思想的深化过程，由此托起了一个世纪的理性坐标，即科学建构与人文精神的内在张力与双重变奏。也许不仅仅只是医学，"赛先生"帐下的一代学人都无法回避这个张力的冲击，他们的学术生涯与思想舟楫都在这一复调中穿行，或升华，或迷失。回头来再说卢里亚，他愈到晚年思想愈加炯明，最后的牵挂是生物工程学辉煌业绩映照下人类基

因库的社会控制问题。

另一位应该提及的思想剑客是查尔斯·罗森伯(Charles. E. Rosenberg)。与卢里亚相比,他更擅长于“掘深井”,脱离个人生活体验去捕捉思想辉光。他有一本颇具影响力的专著《来自陌生人的照顾》(*The Care of Strangers*)。这本书通过对美国200年来医院体系的建立与现代医院制度的完善过程的反诘,提出另一个基于人的医学的现实悖论,在罗森伯看来,现代医学不仅在卫生资源的分配上存在“马太效应”,亲情的分配也同样陷入这个怪圈。健康的人们生活在适意、恬情的家庭氛围之中,尽情地享受来自亲人的照顾与心灵抚摩;而一旦病魔缠身,躯体与心理遭受打击,发生困厄时,往往要撤走原有的亲情支撑,从原来的生活圈中推出,交给一群陌生的人们,去“苦其心志”,重新适应,甚至连获得一次皮肤的抚摸都显得十分奢侈。毫无疑问,科学的医学有千百条颠扑不破的理由来解释这种选择,如传染病隔离的需要、技术设施便捷使用的需要、专业化与职业服务的需要等等,甚至连人文的医学也来打圆场,许诺医护从业者们早已向希波克拉底神圣宣誓,他们心中有百倍于常人的同情心和人性、人情,只需插上针头或掀动按钮就会适时足量地、不分彼此地输送给患者,即使遭遇上情感的“冬季”,也会有“代价论”出来说话,像劝说孩子打针一样,“有点痛,没什么,过一会就好了”。其实,这一切理由都难以自圆其说,为什么苦难者要迎击更多的苦难,而且,人们对于科学意义上的医学与人性意义上的医学能否坐一条凳子表示怀疑。且不去深究罗森伯的理性批判,书封上那幅近似于工厂装配线的美式大病房和两眼发直的患者形象就足以映照出作者发自心灵深处的忧虑,不知病中或无恙的读者作何思考?

在挑战者的行列里有一位女性,她叫图姆斯(Toombs),是世界上为数不多的女性哲学家之一。她以一本剖析自身罹患顽症(多发性硬化症)的痛苦体验而写就的书挑起了一次思想肉搏。这本书叫《病患的意义》(*The Means of Disease*),虽然以自身体验为基础,但内容早已超越个人感情,引出对生命躯体、人类疾病本质与医学目的的深刻反思,揭示出病患对存在着的生命所

篆刻的多重意义。在图姆斯看来,现代医学混淆了由医生(客体)通过逻辑实证及理性建构的医学图景与病患者(主体)亲身体验的异常丰富的病患生活世界的界限。前者是条理得近乎机械,权威(不容怀疑)的"他们"的世界,后者是活鲜、丰富(超出教科书与诊疗手册规定)的"我"的世界;前者是被谈论的、被研究的、被确认的客观世界,后者是无言的体验,或被打断或被告知不合逻辑、荒诞不经的主观世界。正是这一条条鸿沟,不仅带来医患之间认识、情感、伦理判断及行为等方面的冲突,也使得现代医学只配作为一堆"知识"(Knowledge)、"信息"(Dates)、"技术项目"(Technological Items),而不能嵌入生命与情感世界,化作一份"理解"(Understanding)和一种智慧(wisden)。为此,患者图姆斯为现代医学开出了药方:一是医学教育中重视医学与文学的沟通,鼓励医学生去阅读叙述疾患过程与体验的文学作品,以多重身份去品味、体悟、理解各种非科学的疾患倾诉;二是亲身去体验疾病。在图姆斯看来,医生自身的病患经历对于他理解病人的意义世界是一笔巨大的财富,也就是说,要透彻地认识疾病、理解患者,仅有知识与技术是不够的。另一方面,理解病患主体是过程中治疗成功的前提。它的深刻影响不仅表现在疾病自然过程的处理上,还会渗透到患者生活的重建方面。对于那些不存在治愈与复原可能的器官、肢体废用、老化、虚损等慢性疾病与不治之症来说,尤其需要重建一个以患者生活为中心的治疗目标,以帮助患者恢复个人身心与行为、社会角色的整体性,或在躯体损害与自我期待之间找到某种平衡。古人说"三折肱而为良医",图姆斯的"折肱"未能成为职业称号上的良医,却为现代医学的精神困境带来了一支燃烧着的红烛。

最值得介绍的一位挑战者应该算刘易斯·托马斯(Lewis Thomas)了。以他作为中心话语,是想表明他的思想利剑不仅犀利,而且双刃,较少片面、偏激,视野更广阔,境界更高渺,而且以一种真实生命的话语来叙述,毫不枯涩。尽管他在中国思想界已频频亮相,出版过几种科学随笔集,但从思想史角度看,最能见精神、显风采的应该是他的思想自传《最年轻的科学》。托马斯是一位豁达的人,他的书没有一沾上思想就灰色、沉重,相反,书中流淌着

诗性,文笔轻松,文体自由,思绪逸放;而对当代医学的理解深邃,评述公允,譬如"医学年轻,而且最年轻"的命题有如高僧说禅,可"参"却未必"透",有多向的诠释,不仅"壶中"天地宽,而且"壶外"联想也多,既可近距离剖察,也可以远距离思考;既可怀揣热肠,又可操练冷慧。对思想者来说,过程的意义也许在悬案大白之上。说"医学年轻",托翁并未列出个甲乙丙丁的理由来作正面回答,文缝里的说道却很多。一方面是批判与怀疑的,年轻是稚拙的别名,有缺陷,需要批评。沿着这一思绪往下走,可以从书中撷出很多证据,总体把握是:20世纪的医学前一只脚刚迈出半巫半医的丛林,另一只脚又跨入科学主义与技术崇拜的迷误。书中他列举了抗菌药物发明之前医生在众多疾病面前束手无策的窘态,分析了现代医学技术的三个层次(针对病因,针对发病学诱因,针对症状),其中只有一小部分是直指疾病本质的;还从语义学上诠释了医学的词源学本义就是尝试错误,而且犯了许许多多的错误,至今还常常犯错误,就像一个步履蹒跚的孩童在宽阔的马路上学步,年轻是毫无疑问的。另一方面,他是一位现代医学的歌手,"年轻"也意味着生机与活力,而且充满了希望。可不是,抗菌药物对大叶性肺炎的有效治疗就是20世纪医学科学由自发走向自在的杰作,内毒素奥秘的发现证明了人类无穷的探索力,神经科学的长足进步使现代医学实现对躯体高级调控形式的认识,以及心理、行为、精神领域的拓展。近百年的医学科学成就比它以前所有的成就之和还要丰富,足以令人骄傲。不过,想到还有众多的迷惑,这种骄傲便要打些折扣,托马斯没让我们盲目乐观。

如果在思想史的隧道里继续前行,不难发现,历史价值观的分野在于如何评价人文主义的医学传统,承不承认它的真理含量与认识论意义。说起来,应当指责现代人"一阔脸就变","翻脸不认账"。科学的医学的确还年轻,前科学的医学时代便由人文主义的医学传统占据着。客观地讲,人文主义医学传统并不是什么完美的知识形态,它的认识深度、精度都不及现代医学,于是就左顾右盼,广罗原野,努力扩大外延引他山之石来"格物",来"类比",来"臆测",来"悟道"。作为一种真理认识的方法,它是幼稚的,给巫术、

玄学留下诸多空间，但它不只是一种前科学的知识形态，同时还是一种情调，一种立场，一种体验和一份关切，即一种对生命的人本主义理解和一种人道主义的道德实践。对于后者，实在不应该弃之如敝屣。即使是前者，也应细细研究，生命的感觉有时也需要灌注几分诗性。如今，科学的医学已成为人类保健活动与医疗行为的主流，“霸主”地位坚不可摧，应该有一点兼容的胸襟。在这方面，托马斯常常“喝两杯酒”，在他的传记中，既觉悟地追忆20世纪上半时的旧梦，诉说当年温情的小镇保健格局，也深刻批判早期医学的玄学骗术，既赞扬80年代以后的医学巨变，又批判高技术介入后亲情的失落、人性的分隔与过分依赖技术突破的片面，目的在倡导人文医学传统与科学的医学建构互洽、共生。唯有共生的时代才会有人类医学的成熟，才有永远的生机。

艾赛·柏林（Isaiah Berlin）曾为当代学人画像，一类人被喻为“刺猬”（Hedgelogs），这种人“将任何事物联系到单一的中心观点之上，牵系到一个或多或少一贯明了的体系之中，他们藉由这样的观点和体系来理解、思考与感受这个世界”；另一类人被喻为“狐狸”（Foxes），他们追求许多常常不相关，甚至互相抵触的目标，这种人“所过的生活，所作的行为，所持的观念是离心式的，而非向心式的，他们的思想是多向的，或是扩散的，在许多不同的层面上移动”。我们这里讨论的几位挑战者大概都应归于“狐狸”之列。未来的世界是多极的世界，未来的医学也将是多元的医学，多元的医学将造就更多的“狐狸型”学者。唯一遗憾的是这批“狐狸”都来自西方，中国的“狐狸”尚未见身影。

三　通往纯粹的羊肠小道

《天才博士与非洲丛林》是一本很好读的传记，传主叫施韦泽（Albert Schweitzer，1875—1965），这个名字听起来像一位德国工匠，因为在德语中施韦泽这个词根与“出汗”发音相近。所以，在台湾学界，通行译为施韦泽，以

寄寓人们对这位学术与道德伟人的景仰,就像当年徐志摩坚持要将意大利的佛罗伦萨译成翡冷翠一样。不管名字如何译,他的名声在欧洲,乃至在全世界都是十分显赫的。他是一位多才多艺的天才,真正的博学家。25岁时就获得哲学、神学两个博士学位(他一生中共获得过9个博士学位,包括著名的牛津大学的学位),同时还是一位杰出的管风琴演奏家,多次在欧美作巡回演出。30岁时,他突然决定放弃所有的教职与地位,宣布将奔赴非洲丛林去当一名乡间医生,为了达到这一目的,他转而学医,38岁时学成。1913年,他以医学博士身份携新婚的妻子在刚果的兰巴雷内(Lamharene)丛林里建起了一间小诊所,由此开始了他的行医、也是他的人道主义实践的艰辛生涯。在随后的52年中,他除了短暂的休假、学术旅行与募捐,绝大部分时光与精力都服务于非洲的土著居民,直至生命的最后一息。他的遗骨就安葬在奥戈维河畔的油棕林中。这本只有200页的小册子就讲述了这么一位伟大而传奇的人物的平凡故事。

说他平凡,也不平凡,他是1953年度诺贝尔和平奖的获得者,还获得过德国科学、艺术最高奖,巴黎城金质奖章,英国殊勋勋章,哥本哈根森宁奖等等,只不过他把所有的奖金都用于修建麻风病房了。他还是法兰西科学、道德和政治科学院的院士。论家世,他是著名法国哲学家萨特的堂叔。他的善良与道德献身给他带来长寿,因此经历漫长而丰富,这本传记中时有记载。譬如,他在斯特拉斯堡求学时,就住在歌德100年前住过的房间里,他曾是战后联邦德国总统特奥多尔·豪斯的证婚人,他与文坛大师罗曼·罗兰、茨威格、科学巨匠爱因斯坦因为早年的友谊成为终身的朋友,至于与教皇、女王等王公贵族、政坛显要的片刻交往历不胜数,但均不被他看重。从以上的生活圈与交往圈来看,他似乎具有德法双重文化背景。一点不假,施韦泽生活的时代,他的家乡阿尔萨斯两易其主,分别归属德国与法国,所以他讲两种语言,并用两种语言写作,但用德语祈祷,他的著作多数用德语写成,但第一部《巴赫》却是用法语写的。他在斯特拉斯堡念大学时往返于巴黎与柏林之间,在巴黎大学写博士论文,进修音乐,同时又喜欢柏林和那里的哲学

演讲课。因此，在他的性格中既有德国式的谨严又有法国式的浪漫。他的第一部著作《巴赫》出版后，罗曼·罗兰曾评论该书是“德国与法国精神和谐结合的产物”。

不知你注意到没有，施韦泽的事业选择与道德献身很自然地让人们联想到中国抗日战争时期的另一位伟大的医生诺尔曼·白求恩。两人生活的年代相近，白求恩小施韦泽大约16岁，只不过白求恩原本是一位医生，受加拿大共产党指派来中国，两年后就以身殉职了，死时才49岁；而施韦泽是受命于内心的理性与良知召唤，先决定去非洲，尔后学习医学，而且异常长寿，在疾病肆虐的非洲丛林里活了90岁。但他们精神生活的共同点是用生命去追求人生的纯粹，无论生命是长是短。1939年，诺尔曼·白求恩不幸感染破伤风而病逝，延安举行了隆重的公祭，由毛泽东主祭，会前由毛的秘书胡乔木起草祭文。胡在文末高度评价了白求恩的献身精神，称其为“一个高尚的人，一个有道德的人，一个有益于人民的人”。但定稿时，毛在文稿中郑重加上“一个纯粹的人”，仔细想来，实在是精彩之笔，也说明“纯粹”的人生境界在毛的价值世界中占有一定的份量。白求恩的纯粹人生限于手头生平资料的缺乏在此不作详细的叙说了，而施韦泽的纯粹人生则可以从他的传记与著作中细细品味，也就是说，我们应该由他的传奇故事潜入他的生活境遇与冲突之中，去追溯他的学术根结与精神意义。

很显然，施韦泽30岁那年决计放弃固有生活的一切，突兀地选择去非洲行医不是一时冲动，像唐·吉诃德向风车冲杀那样，但也不能简单地使用不加界定的利他主义观点来解释。他从决定到启程经历了八年，八年中，不仅亲友作出各种猜测与解释，他自己也多次叩问心灵，为什么要踏上这条通往纯粹的羊肠小道。是上帝的召唤吗？他断然否认，尽管他是一位虔诚的基督徒，但他认定此举完全出自理性，并风趣地讥笑用上帝召唤来解释他的选择的教士“他们的听力比我好！”是出于对苦难的同情吗？不完全是，作决定之前他从未去过非洲，而且他认为仅仅出于同情显得太狭隘，不足以表达某种伦理学的理解与渴求，前者是或然的、有限的，而且是主观的，后者则是

必然的、无限的、天赋的,同时是思想的,蕴含着“非同寻常的勇气和深思熟虑,鼓舞人心的理想主义和清醒的理智的组合,追求神秘的浪漫主义和冷静地思考一切的组合”。这种追求不是对幸福感的压抑或扼杀,而是幸福感表达与释放的一种方式。此外,施韦泽已从平静的世俗生活中强烈地感受到欧洲文明的衰落。这一点上我们不得不叹服他心灵的敏感,他能从自身的健康、幸福、成就感和社会安定、和谐之中找到反思幸福与宁静的钥匙。与他同时代的一位传记作家认为:施韦泽的决定与其说是怪僻的,毋宁说是高度象征性的;真正具有象征意义的在于他不留在欧洲,而是前往非洲丛林,缺少历史阐释和淳朴的非洲比由历史学说填满的精致的欧洲更能抚慰他的心灵祈盼与饥渴。爱因斯坦也同意这个解释,他认为:非洲的事业对于我们在道德上麻木和无心智的文化传统来说是一种逃匿和摆脱,而面对这种选择的机会,个别人是无能为力的。但施韦泽是一个例外,他具有认识悲观主义和伦理乐观主义的双重特征,而且在对歌德的精神依恋之中找到了自身的角色和责任;他不仅是一个精神的人,同时也是一个行动的人,并且首先是一个行动的人,不希望只是在口头上谈论爱的宗教,而要成为这一宗教的真正实行者。

对施韦泽来说,他不仅是一位医生,还是一位哲学家和作家,他的道德祈盼、心灵饥渴,直指纯粹人生的伦理追求和实践需要,由“意会”与“不可尽言”中爆发,走向言说与阐释的层面。这一天终于来到了,1915 年 9 月的一天,刚刚进入不惑之年的施韦泽乘船沿着奥戈维河逆流而上去救助一位传教士生病的妻子,正当他非常疲倦且沮丧时,一个新词突然在脑海中闪现,那就是“敬畏生命”。事后,他这样写道:“这是一个我从未听过或读过的新词,我立刻意识到,它带来一个能解决一直折磨着我的问题的解答。过去那套只关心我们与其他人关系的价值系统是不完全的,所以会缺乏向善的原动力,只有立足于‘敬畏生命’这一观点,我们才可能倾其所爱与这个世界的其他生命建立一个灵性的、人性的关系。”此时,他觉得像一个“在漏船中的人,靠这条船不能驶向大海,而必须打造一条新的、更好的船……”在“敬畏

生命”的伦理学建构中，施韦泽似乎找到了他的道德彼岸。

在我看来，以敬畏生命为道德基线与原动力的伦理学在理论上并不是完全自洽的，因为它主张生命是无条件的神圣、无条件的有价值，从而使道德纯粹求诸于内心成为可能。客观地讲，“敬畏生命”的命题在施韦泽的演讲和著述中并未得到缜密的逻辑论证，而是把它推给生命的体验，由体验去悟达道德境界，“维护生命、珍惜生命是善的，毁灭生命或妨碍生命是恶的”。箴言式的说理与表述是或然的，但人类原初的道德冲动与深层次的理解随后被他拉向哲学，界定为一种“生存意志”，从中透出他的哲人禀性和德国思辨传统。什么是“生存意志”？它是一种“自我的意欲生活的生命，自我皆存在于意欲生活的生命之中”。世俗的道德冲突即表现为“生存意志与自身不和的恐怖戏剧”。进化论学者描述的生存竞争、强食弱肉便是对这一“生存意志”的挑战。他毕生的利他主义的道德实践也源于这一生存意志的冲动。“在我身上，生存意志显现为指望与其他人的生存融为一体”的共生、共享的道德追求。“当我的生命以任一种方式为其他生命奉献出自己时，我永恒的生存意志便与永恒者结合，因为所有的生命都是一体的。”在施韦泽看来，正是这样一种有几分神秘的“生存意志”引出了道德生活的净化与纯粹。本质上讲，这是一种宗教人格的伦理学表达，在他的诸多阐述中都流露出崇尚神秘、神圣、诚实的特点。坦白他并不将这份神圣归于上帝，表现出经验的、世俗宗教的立场。即使上帝不曾创造亚当和夏娃，生命的个体仍然是神圣的。这种既矛盾又和谐的知识与价值境况在西方那些有宗教学术背景与宗教生活的科学家的精神世界中显得十分自然而普遍。神格命题在人文主义、世俗体验的孵化下异化，与科学的理解达成共轭，同样，许多科学命题也在世俗化的宗教理解中被赋予多元的人文内涵。施韦泽的生命道路与他的“敬畏生命”的伦理学建构就是绝好的例证。在他的知识与价值结构中，一方面接受进化论演绎的生命链条、还原论层析的生命细节与微观图景，另一方面坚持经验层面的有机论观念和宗教虔诚的生命神圣立场。他不仅为自己，也为这个时代提供了一个生命科学在技术创新中进步，与之协同的伦理生

活在体验神圣中净化的共生的价值居所。

施韦泽似乎要叙说这样一个道理：在探索生命意义的过程中，仅有科学、技术的知识与实践无法进入纯粹的疆域，甚至不能给人类带来有益的东西。施韦泽的朋友，20 世纪科学大师爱因斯坦也有类似的感触。他同样认为："仅凭知识和技术并不能给人类的生活带来幸福和尊严。人类完全有理由把高尚的道德标准和价值观的倡导者和力行者置于客观真理的发现者之上。"话虽这么说，通往纯粹人生的羊肠小道上依然行人寥寥。也许正像施韦泽的一位朋友所说的，"人类不可以从两头点燃一根蜡烛"，但施韦泽坚持认为："如果蜡烛够长的话，人们可以这么做！"

施韦泽固然可以在自己的生命中体验"两头点燃蜡烛"的快乐，但社会价值机器却未必能认同技术创新与道德净化、科学与人文、功利与纯粹这类二元平峰式的贡献。譬如，对于施韦泽在非洲丛林中艰苦卓绝的医疗探索与创造性实践，既包括现代医学知识与技术在非洲的本土化，以及跨文化的制度建设(医疗制度、医院制度的创意)，也包括适宜技术与全科化背景下的特色服务机制的建立，初级保健与急症高效处置，非洲昏睡病、麻风病的非凡疗效，这些都没有能得到医学界的重视，也无人作技术与组织层面的评价。似乎施韦泽医生除了道德上的献身之外，医学上没有能给我们这个时代增加点什么。虽然他是诺贝尔奖得主，但拿回的是和平奖。他一生中接受过数十次奖励，只是在 77 岁那年获得过一次医学领域的奖章(不太出名的帕拉克尔劳斯奖章)。这不能不令人怀疑医学评价机器的价值错位与偏颇，它表现为只承认技术创新的价值，而无视人性的光芒。相反，新锐的医学家还不时批评施韦泽思想保守，只热衷于重复性的技术操作，不重视时新的技术成果。他的医院也一点都不现代化，看上去像一个非洲村庄，除了手术室、检验室，病房里甚至没有电器，但分区布局、服务制度都十分人性化、本土化。他的保守与固执使得他的丛林医院在高度技术化与高度组织化的医学时代里保持了对病人个体的尊重、人性的温情，以及在适宜技术处置下的一流疗效。在他眼里，过度技术化的医学常常导致医患关系的冷漠。但

他对新药十分敏感,并非一味地排斥新东西。还是爱因斯坦能超越世俗评价理解他的价值,在施韦泽 80 寿辰的纪念文集中,爱因斯坦这样写道:“这个人的影响与其说来自令人赞叹的成就,毋宁说来自他那对通常的理智来说难以把握的整个人格。”诚然,我们需要“修理”通常的理智与价值标尺,尤其是医学界。

施韦泽的确是一位极具个性的人,甚至还不时地用个性去挑战大众价值、流行观念。他的这份自信来自于他内心的纯粹,即使这份纯粹也是极其个性的,它源于宗教、源于音乐和管风琴的键盘、源于歌德的诗文和康德理性而思辨的哲学体系,还有那位与他心智相合的海伦娜夫人……限于时间和篇幅,无法展开细谈了。读者诸君可以从他的传记中细心品味。通往纯粹的这条羊肠小道上有着旖旎的精神风光。而且可以设想,无论这个世界如何发达,如何进步,通往道德净化、人生纯粹的世界只会有个性化的羊肠小道,而不会有什么康庄大道或高速公路。

四　一位学者的搬家史及学术扩张史

记得另一位有着传奇色彩的科学家卢里亚曾断言“科学家的传记要比国王的传记乏味多了”,因为在国王的传记里充满了权力的角逐与宫帏艳情,这些都是平头百姓所乐于窥视的,而科学家的传记只能拘于职业生活,说不定还会冷不防冒出一串专业术语和公式,让圈外人发呆。但卢里亚同时又指出:“任何一本值得一读的传记,其最让人激动的内容是人格特质的描述与阐释,无论传主是一位诗人、画家,或者一位科学家。”而“人格特质的阐述应该是一幅有着许多街景的风景画。”说到“街景”的丰富,以一般系统论创始人贝塔朗非为传主的这本传记《隐匿中的奇才》很值得一读,尽管其内容侧重于思想与学术的流淌,传主人生的“街景”却可以赛过半打国王。说来这只能怪国王的宫殿太瑰丽,御座太尊贵,一朝爬上去就不想再活动了,除非被人撵跑。相形之下,贝塔朗非这帮科学家为了内心的精神冲动,

也为了生计,必须浪迹四方。搬家史成为他人生的一条挣不断的红线,映出他的人生的色彩,也牵出他的学术扩张史与治学禀性。这本传记即充分展示了贝塔朗菲的学术迁徙地图与精神半径,让我们一同去追溯吧。

1924年,23岁的贝塔朗菲由奥地利维也纳大学毕业,先在阿尔卑斯山位于库夫斯坦的一个滑雪胜地邂逅一位“爱上他大脑”的玛丽亚小姐,不久她成了贝塔朗菲夫人,并终生欣赏他的才智。在母校,他虽以才华换来了荣誉和教职,却未能摆脱囊中羞涩的窘况。新富的“山姆大叔”便趁机许之以利,于是,他们夫妇以洛克菲勒基金会研究人员的身份来到芝加哥大学。在一次学术研讨会上,他首次公开宣讲了一门学科,即他终身为之建构与阐释的一般系统论。也许是“山姆大叔”给的钱太多的缘故,贝塔朗菲夫妇潇洒地作了一次横跨全美的学术旅行。此时,“二战”爆发,正当许多科学精英别欧赴美之时,他们却返回了维也纳,做了“第三帝国”的顺民,这成为人们从道德上指责他的唯一理由。“二战”期间尽管在学术上未受到纳粹政权的干扰,但他们却饱尝了饥馑与短缺的生活。为了挣稿酬改善生计,他于贫寒之中完成一生中重要的著作之一——《生命问题——现代生物学思潮评述》。战后,他怀揣叮当响的10个瑞士法郎和厚厚的书稿去了瑞士,随后又迁居英国、加拿大。在渥太华大学,他发明了可用于癌症早期筛查的细胞学方法,后来被命名为贝氏方法。这是他在还原论研究范式与轨道上所取得的最显赫的成果。声名鹊起后又乐颠颠地东奔西跑,先是到美国18所大学作巡回学术演讲,1954年,已经53岁的贝塔朗菲接受福特基金会的邀请,又一次举家南迁到美国加州的斯坦福大学,而且由生物学研究与教学转入行为科学和临床心理学研究。59岁时,又从加州的洛杉矶搬家到堪萨斯州的托皮卡。没待多久,又动身去了加拿大的埃德蒙顿,这是他学术生活中最辉煌的一段时光,身兼生物学、心理学、科学哲学多个教席,完成了《机器人、人和思维》、《有机心理学和系统理论》、《一般系统理论》三本专著。若想捕捉一点戏剧性亮点的话,他曾作为贵宾由加拿大被请到华盛顿参加尼克松总统的就职仪式,就是那位打开中美关系大门而彪炳史册同时又因“水门事件”

丑闻被迫辞职下台的共和党总统，但是贝塔朗菲却没有显出什么异样的激动，礼节性地参加了舞会却未下舞池。舞会上不下舞池但搬家仍不知疲倦，65岁退休之后，还作了一次异动，搬到位于水牛城的纽约州立大学；这是他的最后一次搬家了。教席却换成了社会科学系教授，并在理论生物学中心兼职，主讲的课程是有关系统科学与哲学的"科学、社会和文化"、"展望哲学和人类新图景"。

也许人生总会有一些预感与谶测，就在他的学术生涯即将完结之时，他蓦然回想起新婚燕尔时他们夫妇的一段对话："玛丽亚，我应当成为一位生物学家呢？还是应当做一位哲学家呢？"她回答："我认为你最好以生物学作为职业，因为生物学家更被人们所需要。而且一个生物学家能够利用他所知晓的知识再去成为一位哲学家。"玛丽亚的建议确定了他毕生的学术轨迹。不过，最初的规划只设计了起点与终点。事实上如同他的搬家史的曲折丰富一样，贝塔朗菲的学术扩张史也不是线性的或平面的，它经历了生物学→行为科学→精神医学→哲学与社会科学的过程，此外还有数学语言的习得与运用。他的一般系统论学说的建构与阐释即是这一精神扩张历程的整合。

由于他的出发点是生物学，所以在他的一般系统论中浸淫着一种不同于机械论气质的有机论传统、博物学传统与生态学姿态，甚至还不时流露出生物学与物理学观点和法则之间的冲突。譬如他坚持认为机械生命观无法解释生物学中的等终极现象（等终极现象最有戏剧性的表现形式是再生，蜴蜥再生失去的尾巴，蝾螈重新长出失去的肢体……），这是因为有机体中存在一种神秘的定向能力。所以，无论在生物学，还是行为学、心理学研究过程中，他都顽固地拒绝单纯机械论的观点与物理学的立场。他坚信生命处于一个更高级的阶段，决不能完全地用物理学和化学定律来解释。而且他还痴迷地倡导一种对生命的敬畏感，劝诫人们用尊敬之情来看待生命并学会彼此尊重。但是，最能表现贝塔朗菲清醒与睿智的是他游刃于机械论和活力论的夹缝之中。他既反对将生命的独特性等同于理化过程，又反对将

其等同于神秘性。最终,他将生命引向开放的系统研究,通过系统之间的关系来描述生命中的活力因素,同时又将生物学上对系统关系的认知与把握扩展到一般意义上的系统中去,即在科学上清晰地阐明有机系统的概念并把它发展成为一般系统论的观点。

在一门神圣的学问面前,人生总是短暂的。1971 年 9 月,70 岁的贝塔朗菲到了纽约州立大学为他宽许的退休年龄,但校方仍然决定延聘他,并送他一件特殊的生日礼物:以他的名义举办了一次跨学科的系统论专题讨论会。全美的系统理论学者与哲学家聚集在水牛城,让他再一次感受到学术交流与交锋的乐趣,他的一生数十次搬家、旅行、精神漂泊不就是在努力扩大学术交往与交流的半径吗?此时,他再也无力搬家了,但心脏病的发作让他几次客居医院,第一次在肯穆默西医院住了三个月。这一回他没有轻易认同这个他曾得到精心治疗与关照的居所,而是透过技术性的服务与照顾感受到人性温度的降低与人的自主性的丧失。他告诉他的学生们:“躺在医院里可不是什么舒心的事情,虽然我未曾蹲过监狱,在我看来,病人和犯人之间的差别并不是巨大的。”有谁会带着心脏病去蹲监狱呢?但带着心脏病去住医院却是天经地义的。贝塔朗菲由一般系统论的眼光洞察到技术时代的政治与技术时代的医学、法律制度与医院制度的同构性,只是前者以正义的名目、后者以拯救的名目剥夺人的自主权利,隔绝社会交往和情感支撑。来不及完成这个体验中的个案研究,贝塔朗菲在没有玛丽亚的抚摩,不管是额头或者是手心的情形下,带着淡淡的忧伤走完了生命的历程。

由于贝氏的仙逝未作张扬,法国科学家委员会仍提名他为当年的诺贝尔奖候选人,当提名被送到奥斯陆之时,评委会才得知贝塔朗菲已经驾鹤西去,按规则他已无缘入围了。不过回顾一下诺贝尔奖的颁奖史,如果不调整价值标准、修改评判机制,大致可以推测贝塔朗菲不大可能最终踏上斯德哥尔摩音乐厅的红地毯,因为他角逐的医学与生理学奖基本上崇尚还原论的价值旨向,表彰那些在理化技术的导引下潜入分子、亚分子层面或代谢向度及肿瘤、临床药学等应用快捷的领域所创立的勋业。

说起来也有意思，近、现代科技史不过就是一部“挖地三尺”找证据从而描绘真理细节的历史，人们深信这个世界的全部奥秘就像甘泉一样埋藏在大地的深处，或是天的尽头。所以科学的前沿要么在深井里，要么在10的最大指数的电子显微镜或射电束流望远镜的视野里。而贝塔朗菲却是趴在“井”沿上用哲人的睿智仰望星空，尽管他也熟知还原论的价值旨向，并且曾在细胞学层面做出过卓越的成绩，如发明了用于癌症检测的吖啶橙荧光方法。他的儿子菲利克斯，一位笃诚的肺科大夫后来在实验室里上万次重复父亲的检测技术，证实其可信与可靠的应用价值。但综其一生的研究而言，贝塔朗菲的学术向度在躯体→心理→行为→社会的轨道上运行，他的思想与学术价值是实证的科学与技术标尺所无法丈量的。就像不同量纲的数值无法比较一样，评奖作为一项公共的、制度化的价值确认，其实也没有绝对的标准，人们总是要戴上我们这个时代的、学风的有色眼镜，诺贝尔奖的评委们同样摘不掉这副眼镜。贝塔朗菲对此很清楚，他在一位友人的传记性的墓志铭中写道：“在我们这个等级森严的社会中，此人确实处于次要的位置……但是他有一个秘密的反击对象，那正是我们，孤注一掷地制造了这种眼镜的我们。”若是这样，贝塔朗菲必定会在这副眼镜中加入一般系统论的变焦装置，能够自由变换显微与显宏的径向，“挖深井”与“爬树梢”互为反衬，从而改造我们时代的科学价值体系，让人们戴上新的“眼镜来观察世界和自身……”所以，传记作者戴维森有一种强烈的预感，贝塔朗菲在科学思想史上所占有的地位要比他现在得到的地位重要得多，他的沉寂只能说明我们时代价值标尺的缺陷与错位。

不过，在我看来，贝翁也应该躬身自省。在许多人看来，一般系统论体系的建构不是纯粹的科学与技术“施工”，它仿佛一座违拗上帝旨意修建的通天塔，不仅工程过于庞大，而且多学科、多元价值、多背景专家的参与难免冲散已经形成的思想干流。如同一艘巨轮找不到停泊的港湾和码头，只能四处漂泊，这使得它仿佛不是一项研究，而是一场科学史上的运动，其目的不是建构一个自洽的知识体系，而是选择一种思想姿态，组织一个精神、价

值共斟的聚会。一般系统论在贝塔朗菲们的共同培育下,成为一束为了理解而理解,为了人文关怀而关怀的思辨之花,这是科学家在人文或哲学向度走得太远时所犯的通病,以至于贝塔朗菲晚年也不得不承认一般系统论是“不成熟的”和“表达不清的”,“我们拥有的只不过是各种预兆,半是哲学的直觉,以及若干在描述和预言上与数学的严格性相差甚远的原理”。在许多反对者眼中,它是没有母语国的世界语,或是缺乏思想独立性与原创性的既有观念。古今的哲学家都曾以综合的姿态来叩问自然和社会。刻薄的评论家甚至将贝塔朗菲的学说与伪科学家的“系统族”联系起来,要清算他的“系统学科”与“系统骗术”。

除了与传统科学范式及价值的固有冲突之外,贝塔朗菲的治学禀性与表达风格也显得与众不同,他强烈的沟通激情与演讲天才曾经令许多听众倾倒,被人们誉为一道划破技术时代天空的思想灵光,但是演讲词汇集的专著却常常受到崇尚严谨与实证的学者们怀疑和挑剔,被视为是“有独立价值却又被拒绝引述的文献”,不能被接纳而进入经典的学术链条之中。独到的思想启迪对当代科学活动来说有如化学中的催化剂,影响反应的时间进程,却不能参加反应。然而,在美国,并非系统研究的所有分支都遭遇这种敬而远之的命运。其中有一支被认为最具应用价值。这便是“二战”时期及战后由国防预算驱动并迅速崛起的系统工程(含自动控制)和系统分析(又称运筹学)。这项系统技术后来由军事转向民用、由技术扩大至管理层面。随着信息技术酵母般地壮大,系统技术已经独立门户,而且财势两旺。这位学术“新贵”倒不否认它与一般系统论的学术亲缘关系,但贝塔朗菲本人却显出尴尬与无奈。一方面他指责系统技术并不能提供一种世界观,只是对于机械观和机械理论的一种延伸而不是替代;另一方面又不能不承认它是一般系统论的分支,属于一种有局限的系统观,以区别于包括自主性、等终极性、递进观诸多特点的开放系统。令贝塔朗菲尴尬与痛苦的是系统论的发展面临两难选择,要么坚守博物学、有机论传统在思辨与人文关怀层面踱步,但这样下去可能被学术界划归于哲学范畴;要么收敛视野、降低视点深入到技

术模型中寻找细节和实证法则，这般情形又违背了最初超越机械论和技术主义的理论预设，仍旧回到出发时的原点，甚至后退了几步，因为命题由生命系统还原到非生命系统。果真如此，贝塔朗菲内心期许的人文系统理论事实上已被系统技术所异化。但是，他最终提出了一种承认真理多重性的透视观，并试图由此来化解这场内心的冲突。贝塔朗菲的透视观仍然是他系统论认知哲学的一种演绎，思辨意义大于方法意义。此时，他已进入暮年，除了心态更趋温和、豁达，心智上也更注重历史的咀嚼与人生的体验，但思想的锋刃丝毫不减，对科学主义、技术崇拜为表现形式之一（此外还有政治、宗教上狂热主义）的绝对真理观作了无情的"攻击"。他十分欣赏赫胥黎的一段睿语："一个柠檬的真理不同于一个草莓的真理，它们各自都有正当的存在权利并认为只有它才代表了真实。"可贵的是他拒绝绝对主义，但并不全盘接受认知上的相对主义，即他反对科学是唯一真理的观点，仍坚信科学是真理之一。同样，在科学实证主义与神秘主义之间他也十分谨慎，一方面用有机生物学的理论去批评活力论，另一方面倡导对生命奥秘、对真理多元性的尊畏，承认"神秘主义是一种特有的感觉，一种对于某种更高级并且超越于这个世界的事物的感觉"。在一场骤急的实证研究高潮之后，人们的确需要在冥冥之中抚摸上帝的肉身，穿越神秘性去打开新的实在之门。

最初读到这本书时，不理解译者为何要将 *Uncommon Sense*（直译为《不同寻常的感觉》）译为《隐匿中的奇才》。但读完全书，方觉书名不能简单、草率地直译，而应该求得对译本内涵与传主精神生活的准确把握或传神刻画。一个"隐"、一个"奇"恰恰是贝塔朗菲人生特质的真实描绘。读者不会太在意书名的翻译，但他们或许要发问，是谁要"隐匿"我们时代的奇才？隐匿了他哪些对我们时代、对人类有益的思想辉光？很显然不是贝塔朗菲要自隐，他频频搬家、四处演讲求的就是名显学彰。大概依照美国人率真的性格，既不必忌讳什么"好出风头"的指责，也没有什么当隐士的理想。那么这份"隐"便来自技术时代价值观念的遮蔽与错位，来自传播过程中的误读和失真。也就是说，他的学生、读者不曾真正、完整地理解他的学说与思想。那

些号称理解了他的人事实上误解或曲解了他,那些卖力在为他的理论作阐释的人实际上歪曲了他的本义。国外的情形我不大熟悉,无法作出评论,贝塔郎菲与一般系统论在中国的命运可以作为以上“偏见”的一点注脚,放大来看,它是许多西学在本土化过程中被“糟蹋”的一个范例。贝塔朗菲和他的一般系统论是改革开放之初最先“拿来”的西方新学,原因之一是某位“为王者师”的功勋科学家的介绍与倡导,二是它在国防工业开发与管理方面已经显出实用价值,三是它的方法论意义被纳入恩格斯的《自然辩证法》的解释体系。事实上贝塔朗菲晚年曾怀疑马克思的辩证唯物主义也许会导致粗俗的或者幼稚的唯物主义——即“最终的实在被物理原理所控制”。任何一门外来的学说或理论一旦进入“自然辩证法”的视野就像一位通过政审的学者可以自由进入主流话语、“真理”殿堂及大学教室。一时间,贝塔朗菲的名字在科技界几近家喻户晓,系统论(不知何时去掉了“一般”的定语)与控制论、信息论被并称为“三论”,谈论它成为一种新潮的进髦。当时,清华大学翻译并出版了他的核心著作《一般系统论——基础、发展和应用》,但更多的人不是从原著中而是从形形色色的教科书去了解这门学说,如同他们了解马克思的学说一样。由此,这门学说在热闹中走向庸俗。贝塔朗菲亦在强光照射中隐匿。如今寻访“隐匿中的奇才”实际上是从哈哈镜里将他拖出的过程,由众声喧哗走向心灵孤独的过程。马克·戴维森的这本思想传记无疑在这一过程中充当了一位侠士和向导的角色。

这本传记告诉我们,要理解贝塔朗菲和他的学说必须有四项基本前提:一是熟悉他的丰富的人生阅历,包括他的搬家史。在这里,“搬家”是他精神与学术迁徙的象征和隐喻。二是深入把握贝氏学说具体的思维质料,即从生物学例证的关注出发,穿越行为、心理现象的研究,重新回到生命系统,不然无法理解他的核心概念和理论个性,甚至话语姿态。三要洞察贝塔朗菲丰富的批评生活。一般系统论的建构过程首先是一个批评的过程,对机械论的批判,对活力论的批判,对刺激 - 反应模式的批判,对科学专制主义的批判,对技术非人化的忧思。虽然他的生活方式有几分古典味,偏于保守、

拘谨，不像卢里亚那样坚持积极的政治姿态，期许政治改革能为科学、艺术提供良好的发展空间。他曾多次宣称自己是政治的旁观者，但他的批判锋芒也多次由科学领域溢出，伸展至社会生活之中，对我们时代的神经症人格，对历史中人性疯狂的轮回，对专制政治战争机器的操纵，都从系统学说的角度予以深刻地分析，表达出一位有着浓郁人文主义气质的自然科学家对理性、良知的渴求。四要追溯传主永恒的精神冲动，尤其要追寻冲动的源头究竟是什么。如果想偷懒，权威教科书会告诉你，一点都不复杂，一是从历史的钟摆律中来，科学史总是在分析与综合之间荡秋千，三十年河东，三十年河西；二是从恩格斯 100 多年前的天才预言中来，19 世纪的科学经历了搜集资料与微观研究阶段，20 世纪将进入整理资料与宏观把握阶段（这个把握其实并不十分准确），要整理，就需要系统观。而且科学大师天生就是世界统一图景的描绘者，爱因斯坦孜孜寻求统一场论，海森堡倾心于勾勒自然科学世界图像的统一性，玻尔极力倡导人类知识的统一性。相形之下，贝塔朗菲不过是这一终极性工程的泥瓦匠，他的系统观念与理论便是完成这一宏伟工程的搅拌器。其实，对贝塔朗菲来说，这些解释不过是隔靴搔痒。他倾毕生精力去建构一般系统论这门学说，其真实的冲动来自生物学与物理学范式之间的差异和冲突，来自有机论、博物学、生态学传统与机械论、还原论现实之间的冲突，来源于生命探索中技术刚性与人文主义温情之间的巨大落差，来源于人性及伦理价值失落与复归的忧思和企盼……也许还远不止这些，作为一位敏感、睿智的思想型科学家，贝塔朗菲的精神世界有众多的沟壑与峰峦，绝不可姑妄言之、信之。《隐匿中的奇才》就是要告诉大家一个并不复杂的法则，要了解一门学问，必须花功夫左顾右盼去寻访“街景”，同时也要走进原创者的心灵。如若不然，唾沫四溅，讲述的都是满嘴的胡言，朗朗书声，读到的都是满纸的虚妄。

第十讲

医学家的博物学关怀与情怀

博物,人们脑海里首先跳出来的印象是博物馆、博览会,有机会到世界各地寻访过各式各样博物馆、参加过各种博览会的朋友一定会有百样的体验与理解。一般来说,它是一种百科的器物汇集与知识的容涵,一种关于自然、技术、发现、发明的历史与逻辑系统,如果眼光跳出器物、知识,它也是一种人类学的研究径路与思想姿态,同时,还是个人情趣的表达。这么多杂泛的精神内涵和寄托全都要与治病疗伤的医学、医生勾联起来,似乎有些让人咋舌惊奇,但在大历史的账簿里,实在无法掩蔽医学家生活与生命中彰显出的伟大的博物学关怀与情怀。

在这里讲述一个真实的故事,一个关于大英博物馆的故事。这家当今世界上最著名的博物馆创建于 1753 年,说来有些不可思议,它的最初的收藏品是由一位名叫汉斯·斯隆(Sir Hans Sloane)的英国医生收集并捐助的。斯隆大夫后来受封为爵士,本人是一位酷爱古玩、古物的医生。他生于 1660 年,自幼喜爱自然与科学探索,后来成为一位医术高明的医生,行医足迹不仅遍布英伦,还远及西印度群岛与非洲,正是他高超的医术才为他的古玩收

藏提供了经济基础。在他留下的著作中，有一本关于牙买加自然史的书至今仍然被人传诵。1753 年，斯隆大夫以 93 岁高龄谢世，身后留下 75975 件珍贵的古玩、古物收藏品，还有大批植物标本以及数以万计的藏书资料。斯隆留下遗言，将这些藏品与藏书交予英王乔治二世献给国家，向那些"好学与好奇之士"展示。后来，议会决定成立一个博物馆董事会，由著名的坎特伯雷大主教亲任董事长，通过发行彩票募集馆舍资金，然后系统陈列对外开放。五年之后，善款募足，董事会决定买下一座 17 世纪晚期的建筑——蒙塔古大厦作为馆舍，随后，由英王命名为"大英博物馆"的斯隆藏品展览于 1759 年 1 月 15 日首次对公众开放。此时，正是斯隆大夫的百年诞辰。尽管今天的大英博物馆的藏品已经大大丰富了，但不可否定，斯隆大夫的收藏为大英博物馆的建立奠定了基础。

也许，人们会说斯隆大夫的故事是一个无法追随的特例，是那个百科全书时代的特例。但是，我们应该看到，斯隆的意义并非收藏古玩古物，而是博物情怀背后的职业生存方式。斯隆告诉我们，在医学技术的人生中有一个巨大的精神天幕，打开天窗，医生是可以诗意生存的。他的巨大身影昭示着博物学是一条幽雅的精神路径和姿态，沿着这条羊肠小道，可以寻访到医学的美学意义、社会责任、对于自然与知识的批评意识，获得观察世界与人性、人情的多元视角与宽容心态，从而在体制化的医学与医疗束缚下心存对自然的永恒好奇、天真与真诚，使得医学真正成为一门人学，塑造人格化的技术，改造我们刻板的技术人格，找回在技术时代里失落的人文草帽。

无论在古代，还是在今天，博物学不是一门学科，而是一种眼光与方法；倘若一定要定义为学科，也是一门难以精确界定与描述的横断学科，人人都能议论几句，但人人都无法深谈下去，无人不知晓，无人能精通。在自然哲学盛行的年代里，如西方的古希腊、古罗马时代，中国的先秦、两汉时期，博物眼光与情怀是人们面对自然的认知路径，是混沌的、模糊的、移情的、审美的幻象与天才臆测，是一种通家气象（多元、会通、宽容），所谓"究天人之际，通古今之变"。然而，进入实验科学阶段，这种路径受到还原论的诘难与排

斥。随着技术进步带来科学研究的精致与精密，博物学方法成为一种既往的自然哲学，特征是解释性差，但容涵性却十分丰富。最终，还是由科学哲学学者来介定与诠释，譬如吴国盛曾指出博物学有两种解释：一是弱解释，指个体自然情趣的养成与开发，是审美向度的自然体验，开启了哲学向度的自然理解与反思；二是强解释，指自然科学重归自然，与自然和解的形式，以便建立"人的科学"与"自然的科学"的必然联系，后者是类型意义的博物科学（有别于主流化的数理科学）。生物医学恰恰可以从博物科学这面镜子中审视自我的迷惘和异化，找回失落的精神草帽。

博物情怀的最初体验与认知源于对自然的关爱，由山石、植物、动物然后递延至人造器物，原始艺术大多源于自然风物与风情，而人正是上帝的艺术，是万物之精灵，因此，中国医学、天文学在早期（经验医学时代）的发生与发展中也就烙上深深的博物学印痕，不只是博物视野，还有博物精神。从《山海经》到《本草纲目》，中国传统的药物学几乎都是博物志，动植物特性、栽培要领、属地风物志、民间传说、野史故事、药性气味、疗效医案、玄想发明，一一兼备。无怪乎《本草纲目》译介到欧洲时，书名译为《中国的博物志》，似乎与医学不甚相关。不过，对古代中国的医学生来说，自修药物学的过程，就是培育博物学观念的人文必修课，是一次人文情愫熏陶教化的受洗仪式，既有百科知识的杂合贯通，也有"亲近自然"、"师法自然"、"博物—格物—析物—惜物"等一系列观念养成。对至尊典籍《黄帝内经》的习得更是一次精神殿堂里的博物之旅，自然哲学与俗世智慧，生活体验与玄思心得，宇宙关怀与长生技法，交相辉映，一端是跑马纵思，纵横捭阖，一端是插针见悟，细密笃实。由此看来，中医文献中对医家"博及医源"的称颂并非"戏言"，确有功底。

经验医学的时代早已过去，那么，我们为什么还要如此高调重弹博物科学呢？理由是它作为一种观念与价值形态，对当代工具化的技术与科学具有强烈的纠偏意义。在许多具有批评气质的科学史家的眼里，主流的自然科学是无情之学，培养无情之心，建立"无情即客观真理"的价值标尺，也培

养了无情姿态的优越感，这是一份技术主义的傲慢与偏见。它引导人们从“师法自然”转向“施法自然”，由“博爱”之心转向“搏斗”之心。然而，作为历史的“拐点”，数理科学走到极端之后也面临一次“反弹”。那便是博物科学的勃兴以及新博物精神的复萌。从科学史的角度看，它是科学与人文山脚分手后于山峰上的一次“重逢”。从思想史的角度看，它是具有反思意义的当代意识（绿色意识、人道意识）与传统意义的历史遗存（人文意识、自然意识）的“媾和”，是“力量型科学”（功利性价值）与“思想型科学”（唯真理性价值）的相互“妥协”。学理意义上看，它既是传统人文价值的“复归”，又是新人文主义的“精神暴动”，由此开启对未来科学功能的重新构建。身处古今思想、中西观念、科学与人文冲撞交汇口的当代医学根本无法躲避，它将在这次人文复归与构建中重新获得技术与人性的平衡与张力。

当今医学的价值与实践中，遗弃的、迟到的正是新旧博物学的认知方法与价值皈依，那种在认识生命、搏击疾病、征服病魔的职业生活中的双重性格，坚定、自信、刚强、无畏其外，反思、自省、悲悯、敬畏其内的职业气质，一种知识上、技术上、情感上、道德上“软硬兼备”、“品学兼优”的职业素养，也就是世俗意义上的所谓“霹雳手段”配“菩萨心肠”。以此来抵制社会转型中过度市场化、过度商业化的价值扭曲，抗拒高速行进中的科学社会化历程所带来的过度技术化、唯科学主义的精神异化。其实，这已经不是一个只在客厅里清谈的理论命题，也不仅仅是医学人文命题，而是一个在现实医疗生活中“伤痕累累”的职业之痛，是一堆实实在在的社会问题扭结而成的职业危机，表象是对“看病难”“看病贵”的社会讨伐，是医患之间现实的、琐屑的利益冲突，是对医院、医生的“妖魔化”（医生被称为“白狼”、医院被称为“老虎机”），继而可以发展成为一种普遍的“仇医”社会意识。如果不能有效地制止，将给医学造成巨大的形象与道德“黑洞”以及价值“黑洞”。这不是危言耸听，如同“白毛女”带来中国社会对地主、乡绅阶层“凶残无耻”行为（其实拥有土地并非是道德堕落的必然前提）的集体仇恨，“威尼斯商人”带来欧洲社会对犹太人“贪婪无耻”（犹太民族的商业精明与契约精神恰恰是当代市

场经济的基本原则)的群体愤怒,前者成为“斗地主,分田地”的舆论基础,后者成为纳粹德国排犹、灭犹的民意土壤,如果“天价医药费”、“见钱施救、见死不救”“红包盛行、回扣成风”的报道在现代传媒中成为舆论主流与集体意识,不需要多长时间,只需要一束新的“火苗”,医院将被抛向社会冲突的火山口,或被打入社会信任的冰窟,医生也将成为被社会鄙夷的职业,哪怕技术再先进,药物再灵验,医学、医院、医生也是人类社会秩序中的“异数”、道德生活中的“杂种”。

面临严峻的社会舆论挑战,面对巨大的职业道德“空洞”,我们并非缺乏忧虑,丧失警觉与进取,但是,对于我们自身的“膏肓病患”,的确还没有找到有效的治疗办法,尤其是长效机制。往往按照“老皇历”办事,一是不断粉刷旧的、制造新的多少有些苍白的“道德偶像”,希望他们来填补“道德空洞”,以平抑、疏解社会的巨大愤懑,反倒印证了职业道德水准的高下分裂与道德资源的稀缺,而不是寻求普遍的道德净化机制与解决方案。二是割裂医学职业道德与医学知识、学术本体之间的关系,就道德来说道德,把道德教育与管理简化成几条宣誓的口号,几句墙头的戒律与箴言,几个典型道德案例加伦理原则构成的教科书和几十个学时如同“水淋鸭背”,被学生私下里抱怨“味同嚼蜡”的医德教程。其实,医学的职业道德是一种寻常的关怀心、俗世的悲悯心,是一道人性的光芒,一份人道主义的内在呼唤,本质上是一种人文主义的价值追求,它的内化机制在于道德传统、宗教情怀、博物学情怀、人道主义精神的教化与熏陶。在我国当下这样一个新兴的、“没有教堂”的市场经济环境中,道德遗钵几乎被遗弃殆尽,重建的工程浩大,也未必有效,宗教的功能也是缺失的,而且无法离开国情、政体去创建。那么,我们的职业道德教育的归属(不必轻言创新)就是回到博物学知识、博物精神与情怀的讲述与体验、反思与批判中来,这可能是一项“慢火熬汤”的知识与道德一体化的养成过程,但一定是一次“浸肉入骨”的职业道德洗礼,洗涤的不仅仅是肌肤之尘,更是心灵之尘。由此来重建被扭曲的价值坐标,如果能扎扎实实地坚持一段时日,善良、博大而有尊严的职业道德新形象、新生活才会重

新确立。不仅如此，博物学的关怀与情愫还将造就职业生活的优雅与纯粹，由此步入一种诗意的职业生存境界，如同海德格尔轻轻念叨的“人，应该诗意地栖居”。到达那一精神“海拔”，人不再是财富的奴隶，医学不再是技术的奴隶，生命不再是职业的奴隶（只是“桥”和“路”，不是“目的地”）。于是，医学的人生便日渐优雅、宁静、纯粹、厚实起来，他们会像汉斯·斯隆一样生活，虽然不一定拥有他那么多古董，但是拥有博物馆一样丰富的心灵世界。

最后让我们来讨论一下博物学教育的方法与路径。它远不是医学高等教育阶段所能囊括的，但医学生时期的划定基线、初成气象却是十分重要的，博物学养成是开放的、自由的，不一定要硬性安排若干学时、科目的课堂来讲授，更多的是一种教育理念上的倡导，以及精心策划的骨干选修课、内容广泛有趣的系列讲座、一个有旨趣的“书单”和读书会所构成的校园博物学气息。有了这个“雪球心”作基础，在医学生日后漫长的职业生活中，这个“雪球”一定会越滚越大。在后来的知识与道德继续教育的“接力赛”中，医学会、职业医师公会的职业进修规划、医学专业刊物的栏目安排、区域职业沙龙的建立与活动是重要的“加油站”。可惜，这些机构的“掌柜”与“伙计”们还缺乏博物学关怀和相应的人文、博物学知识准备，他们依旧是“技术决定论”的忠实信徒，依然是技术与道德、人性两张皮的训导者，甚至还在散布“博物学关怀有害论”，把它与技术生活对立起来，让医学生与青年大夫在技术专家与所谓具有博物情怀的“半吊子”医生之间作非此即彼的选择，他们还不时以自己的成长经历告诫青年大夫，职业的道路上不能有太多的“岔路口”，专注一技之长才是职业成功的正道，他们坚信“歧路亡羊”的古训，牢记早年幼儿园老师讲述的“小猫钓鱼，一事无成”的成长寓言，认定博物关怀的路子一定会煮成“夹生饭”，所以，他们不忍让学生、晚辈变“野”学“杂”，一有机会就念“紧箍咒”，于是，博物学知识与情怀的倡导就变得艰难起来。好在近年“西风东渐”的风声里，多了许多倡导人文医学、博物学的气息，一是医学院被综合性大学“吞并”带来的选课自由与“左顾右盼”，二是由“海龟”教师们带来的课上课下的知识杂播，三是由一批海外医学家传记表达的“小猫

也能钓大鱼”的成功经验,大大改变了部分校园知识与价值生态。但是,局势还容不得过分乐观,医学生的博物学之旅依旧是一幅十分尴尬的职业生活图景,尽管有经典意义上的“博物科学”构建,但更多的是相对“自由”的语境中,在无功利的前提下交流与思考,知识上没有精细的定义,只有大致的谱系与地图,没有边界,没有路标,没有导师。对跋涉者来说,也没有功利的褒奖,没有人因为具有深深的博物学知识与素养而摘取诺贝尔生理学或医学奖的桂冠,但获奖者中却有不少人具备博物学眼光和情怀,甚至是伟大的博物学家。

医学与博物学、医学家与博物学关怀及情怀的话题还常常承受误读和误解、歪曲与裹挟。譬如,有人将医学理论、实践中的“博物学情怀”、“博物精神”看成是人文主义医学的乌托邦幻象、一种大系统思考的研究姿态,或仅仅理解为环境意识与绿色关怀,也有人把博物精神等同于中西轴心时代的自然哲学,还有人不赞成博物学中的反思与批评意识,以及对科学主义思潮、技术主义迷失的追问与冲撞。但是,正因为如此,我们坚持探讨下去才会不止歇地厘清与洞察,有意外的精神“相遇”,有偶在的创新“启喻”。我相信博物学关怀与情愫是一种智慧的禅,是一眼清澈的泉,一定会让你对生命的意义、对医学的本质不时有顿悟,有旁通,偶尔还会有与天地神灵对话的精神愉悦。

下　篇

医学人文现场报告

第十一讲

妞妞之死与医学的人性温度

把医学推向思想的火山口

谁杀死了妞妞?

我们需要一场病人权利运动

医学必须走向多元关怀

一　把医学推向思想的火山口

古往今来,没有哪一门应用科学像医学科学这样"顶天""立地"。说它顶天,是因为它不仅是生命科学的宝塔之尖,而且还占据着自然科学的前沿地带,它的技术先锋性丝毫不亚于月球探险、卫星遨游太空。人们对医学的企盼不只是认识与祛除躯体、心理疾患,而且还包括认识与改善甚至再造自身。譬如用医学的办法可以美容、改善人体情绪,可以改变生理与心理周期,激发人体潜能,包括延缓衰老进程;易性手术可以变更人的性别或选择成为双性人;换肤技术可以帮助人们选择种族;克隆技术甚至可以重塑人

体。当代医学科学仿佛从上帝那里窃得了“魔杖”,让人们一次次体验到人间奇迹。然而,医学既是先锋的,也是世俗的,它不同于沙漠深处或地下城堡中的核试验,也不局限于实验室与书斋之中,而是百姓生活中必不可少的世俗节目。无论国王,还是车夫,都必然遭遇医学。一方面由于20世纪的医学科学硕果累累,另一方面也由于医学的高度专门化,公众的目光已难以触及医学内层的困惑,于是,人们习惯于为一切医学成就喝彩、陶醉。事实上,这是一种善良的错觉。医学从来就不曾是一门纯粹的科学,而是包容人类社会各种价值观的综合体,本质上是一门人学。它穿透人文与科技、道德生活与商业运作、世俗关注与终极关怀的各个层面,表达着人性、知性、理性的深刻关系。其实,在现实生活中,并非没有个体的道德、情感困惑与医患冲突,几乎每时每刻都在迸发愤懑的情绪与清算的吼声,但人们都不曾把视野拓展到整个医疗制度,深入到医学的内在秩序。因此,这种反省常常缺乏洞察力,也就无法遏制医学科学由知识与技术扩张带来的盲目骄矜和恣意放纵。在西方,公众常常通过对卫生资源的不平等享用、盈利性安乐死、商业性代理母亲、高价医疗手段的滥用(滥查无辜、滥治无恙),以及胎儿实验、器官买卖、医学试验的知情同意等命题的一系列论争不断地向医学及医疗制度发起挑战,从而使得医学在多元关怀中保持人性的张力,从某种程度上缓和了由于追逐效益最大化所带来的商业与道德冲突及追求人为干预最优化所带来的科技与道德冲突。前者本质上是一种商业贪婪,后者则是一种科学贪婪。在它们共同的鞭击下,医学将最终丧失人性。医学一旦丧失人性是十分可怕的,就像脱缰的野马冲向悬崖。20世纪最骇人听闻的两大案例是日军731细菌部队在中国东北与德国纳粹在奥斯维辛集中营中残暴的人体试验。尽管历史已离我们远去,但人们不应该停止反省。此外,在好莱坞的科幻及故事影片中,人们时常可以看到一些掌握最先进医学技术,且外表善良、文质彬彬的医学权威,他们或者是重大医学灾难的主使与元凶,或者是恣意破坏人类生命与社会秩序的科技狂人,他们手中精湛的技术不是为人类减少痛苦,而是为这个世界制造疯狂、恐惧、冷漠与贪婪。当然,这些

故事大多源于虚构，但仍然具有很强的社会批判意义，公众对医学的反省力由此得到操练，得到健全的扩张。在当代中国，现代医学的引入与本土化进程才100多年，舶来的洋技术更显出若干神秘与骄横，使得反省医学更富有挑战性。诗人哲学家周国平以自己痛失幼女的体验撰写的《妞妞，一个父亲的札记》，不仅表白了反省的坚定立场，而且充溢着人性的光辉与哲思的睿智，文字的优美畅达更增添了可读性。它被美国医学人文学专家奉为当代中国人文医学的启蒙之作。凡是认真读过《妞妞》这本书的读者，无论他的职业是医生还是医学圈外人士，都会追究一个共同的话题——

二　谁杀死了妞妞？

当我试图追溯妞妞的病因时，我的眼前出现了一串完整的因果之链，它有若干清晰可辨的环节，仿佛只要卸掉其中任何一环，就可避免发生后来的灾祸……

1990年初冬的一天，怀孕5个月的雨儿因染上重感冒，高烧40度，不敢贸然吃药，只好去急诊。

急诊室里空空荡荡，光线很差，使人感到冷丝丝的，医生不知哪里去了，只有一个老护士值班。查完血象，又去喉科查会厌，回到内科，经历了比疾病更痛苦的一幕。接诊的是一位中年女医生，当向她说明就诊经过，交上喉科诊断书之后，意料之外的事情发生了。

“她是喉科病人，不是内科病人，我不管！”

……

“我没有什么可看的，要我看，她就是诊断书上写的——咽喉炎！”

……

“我今天就是不给你们看！”

……

无法理解急诊科大夫何以自由离岗,然后拒绝接诊,是喉科大夫占据了初诊权,还是什么个人利益没能满足朝病家撒气?……这一切都无法完全解释这种拒诊行为。没有人去统计,我们的医疗队伍中有多少这类生性暴虐、心如冰窟的人混迹其中,也许他们的医术并不低劣,但他们的心灵卑劣或残缺,由此对病人造成的心灵伤害是无法低估的。

也许那些爱面子的卫生官员会将此事解释为“无情的偶然”,但统计学上的“偶然”对大多数一年中只两三次踏入医院大门的人来说就是一种司空见惯。妞妞一出生,就遭遇上了这种“无情的偶然”,也许是一个不祥的征兆。

分娩后40分钟,产妇由一位中年男麻醉师引车入病房。又是中年,也许只有中年才对这个世界麻木。接着命令家属把产妇抱上病床,自己在一旁冷眼看着,并抛出一句“她是你们家的功臣啊”!

为了逃出这“无情的偶然”,大多数老百姓动员一切血缘、亲情、友情去应付哪怕只是一次轻微感冒的求医行为,仿佛不这样就无法得到正常的服务。医院门诊的另一景象是由各级白衣使者护送的各类特殊人物穿行于内部与外部的通道里,去自毁正常的求医秩序。攀附血缘、亲情、友情求医就万无一失吗?

在遭遇冷酷无情的中年女医生之后,他们找到一位远亲,有病房管辖权的医学博士。他热情地邀请雨儿住进他主管的病房,给予及时的救治,于是很快控制了感染。可是在临出院之前,他却一而再、再而三,几乎是强拽式地拉着怀孕5个月的雨儿去做X线检查。这样,延误处置的高烧与大剂量的X光照射成为妞妞发生视网膜母细胞瘤这一不治之症的直接原因。而X射线恰恰是杀死妞妞的直接元凶。读者、死去的妞妞至今无法解释这一荒谬的行为。

人常说“医不疗亲”,是因为医生在处置亲属病情时顾虑太多,过分谨慎,无法出手一些原本需要的措施,而这位博士却反其道而行之,超越常规让沾亲的孕妇去接受大剂量的X线照射,而且并非病情诊断之必需,肺炎

的诊断很明确，大剂量青霉素的输入已控制感染。难道他那一刻受了魔鬼的驱使？这是好莱坞影片的剧情设计。以至于作者在梦境中仍在遭遇这极度的恐惧：

> ……
>
> 狭长的走廊里，她被一个穿白大褂的人追逐着，没命地奔逃。
>
> "哈哈，往哪儿跑！"白大褂狂笑。
>
> 她惊恐地站住，发现面前是一堵巨大的屏幕。
>
> "开始！"白大褂从背后把她一把拦腰抱住，低声喝令。
>
> 屏幕突然闪射光芒，上面映射她的五脏六腑……
>
> ……

很显然，在这一恐惧的梦境之中，白大褂便是魔鬼的化身。

有一种解释是一些医院的管理制度派定了辅助检查的营业额，让有支付能力的病家去"享受"一些可做可不做，甚至根本无需做，但大致并无太多伤害的现代诊断设备的检查（即人常说的"过度诊断"与"过度检查"）。但此例显然不是，X光检查收费低廉，不足以冲抵指标。另一种解释是科学的实证癖，或技术上的展览癖。肺部感染的证据自然使X光下的影像改变，用了大量的抗生素，临床症状缓解了，但不足以满足个人的实证癖，我要亲眼看一看我的治疗成果。所以在透视室里博士是那样的兴致勃勃，将病人摆弄来摆弄去，照了又照……

还有一种罪恶的解释，便是单盲（可以不向病人家属说明）的胎儿试验，以收集某些科研数据。在美国，这是一项严重违法的操作。不过仔细想想，这种解释似乎不能成立。一是它违背国人的人伦惯例，二是X射线检查的结论是描述性的，三是事后博士对检查毫不在意，连片子都没看。

实在没有办法解开妞妞死因这个谜团，但有一点是可以肯定的，在处置孕妇感染这个并不棘手的医疗课题上，现代医学不缺乏知识、技术，而是缺

乏人性、责任与自律。所以，妞妞是被一系列人性的弱点杀死的。她是供在人性祭坛上的一个无辜的牺牲。从妞妞确诊到死去的18个月中，她和亲人们一直无法挣脱厄运的纠缠，同样也暴露了现代医学的深深缺陷不仅仅表现在制度上，也表现在技术上。

据周国平说，在妞妞求医过程中接触的各级各类医学人士中，仅有4位脸上挂着善良。一位是姓胡的女医生，在眼科检查时结识的，后来始终真诚地帮助他们；一位是李气功师，声称可以用法术把"癌细胞调出来烧死"，在让他们经历一次由希望到失望的心理摔打之后，他和他脸上的善良一并隐去了；第三位是老中医，一位和蔼的老者，他"吃我几帖药，癌就慢慢缩小了，没有了"的承诺最终没有兑现；第四位是和善的放疗科主任，她言谈中有意回避"放疗"的字眼，只说"烤电"，给人一种温暖无害的感觉。但她也无法改变在放疗部位涂上无法清洗的紫色油墨的常规，为什么不可以改用可以清洗的色彩呢？这个鲜明夺目的印记就像死囚的标志牌一样，有示众的功能，让人一眼就能看出她是一个死症患者；此外，她在放疗间里放置一只形似小棺材的木盒，像是提示病孩行将死去，这一切又将抵消她脸上的和善。我们的医院为何不可以关注一下这些细节，少给病家一些负性的刺激？

当然，医院不是游乐园，应该有几分肃穆，但绝不需要阴冷，如同作者梦幻中的那份阴冷。作者这样写道："我带妞妞去医院做CT扫描，扫描室里有一座简陋的水泥平台，中央有一口井，一个穿黑衣服的蒙面修女把妞妞放进一只铁桶里，然后吊到井下，置于一个密封装置内，……传送到另一个出口，我赶紧奔向那个出口，一个猥琐的小老头把守着不让我进……""水泥台"、"井"、"铁桶"、"密封装置"、"穿黑衣服的蒙面修女"、"猥琐的把门老头"……这一切构成医院的阴森、恐惧，象征的文学描述表达着受害者对现代医学非人格化的深刻反省与批判。

妞妞已经死了，但魔鬼未能驱除。道德随着物质积累而沦丧，情感在金钱至上的世界日趋淡漠，人性在商业与科技竞争中麻木，面对这种局面我们出路何在？

三　我们需要一场病人权利运动

医学这门学科很特别，始终具有二重性。它是运用医学知识、技术来解决人的问题，因此，它包括技术要素和人道要素两个方面。由于现代先进科学技术引入医学，现代医学中的技术因素大大地膨胀起来，这本来没有什么不好。但由于人道要素在新的社会转型中没能得到相应的改善，于是出现了失衡的状态，原本人与人的关系，变成了人与金钱的关系、人与机器的关系，出现了过分商业化、过分技术化的倾向，也就是人们常说的“道德沦丧”与“技术崇拜”。妞妞的死，从社会思潮的原因来分析，就是这两条。女医生毫无道理地推卸治疗的责任，医学博士滥用治疗权。因此，面对这些失误，我们就应该一只眼盯着医学科学的发明、发现和技术进步，另一只眼关注医学活动中的正义、公正、义务、美德、仁慈、责任、同情、忠诚、自主、允许等，来重建科学的医学与人文的医学之间的平衡。应该说，目前的科学发展与伦理失范、技术进步与道德沦丧带有一定的时代性，只是中国的问题可能比世界上其他国家的情形更复杂。一方面科学发展不充分，伪科学盛行，一方面科学崇拜，认为科学是万能的钥匙；一方面技术相对落后，一方面技术至上，适宜技术被忽视，高技术被滥用；并由此造成一方面卫生资源相对短缺，一方面又大量地浪费。医护人员的道德状态也是一锅“夹生饭”，由于道德理想太高，道德基线太低，因此，无私高尚的道德圣徒与贪婪卑劣的缺德小人之间形成巨大的反差。这些复杂局面不得不从制度上、结构上反省。

医学所从事的社会医疗、保健服务关系社会民生问题，它是一项基本民权，是写入联合国人权公约和许多国家法律的个人权利。在西方，政党的竞选纲领中卫生福利政策都不可或缺，而重大的医疗事故还将导致政府阁员下台（如法国的血清污染案）。这绝非小题大做。人人都会在人生的某个时段扮演病人的角色，由于他们分散、软弱、缺乏专门知识，处在被支配的地位，因此是一群社会弱者，而文明社会的职责与义务之一就是同情、保护弱

者。对于这样一个特殊人群如果政府不给他们相当的呵护,他们就会被市场经济那只“看不见的手”与“马太效应”推入绝境。从某种意义上讲,医疗公正(包括卫生资源分配的公正)是国家公正的重要侧面,也是世俗秩序的整合力量之一。因此,医疗腐败、道德沦丧也将启动社会腐败的“多米诺骨牌”。

对于医学界来说,伦理讨论、美德教育与职业道德生活的重建已经普遍受到重视,但利己与利他、欲望与操守之间的灵魂搏斗还分不清胜负。窗外的物质诱惑、商品经济的利益驱动足以战胜一打道德家的说教,冲垮靠书斋里青灯夜读吊书袋所垒起的道德防线。医生作为道德实践的主体有责任、有义务恪守公正、善良的道德规范,但这并不是他们对病人这一道德实践客体的恩赐。相反,在医疗消费过程中,同时作为消费者一方的病人有权要求享受与他的支付相当的技术含量与被尊重、被关注、要求知情保密等内容的人道含量的服务,而且有权对技术欺诈与道德短缺进行追究,并要求相应的政府与民间的受理和仲裁部门进行裁决。此时,病人不仅是选民、纳税人,还是消费者,他们有权要求政府和医院、医药产业集团从制度上、法律上、道义上维护病人这个群体的各项权利。在北美和欧洲,自上世纪60年代起,相继发动了有声有色的“病人权利运动”。通过辩论与斗争,1970年美国全国福利权益组织发表了一份内容多达26条之多的《病人权利声明》。它开宗明义地宣布:“病人:医院保健服务的消费者,有权要求得到公正、人道的治疗。”两年后,美国医疗协会又以《病人权利法案》的形式规定了12条基本原则,涉及医疗权、自主自决权、知情同意权、要求保密权、隐私权、追究权等6个方面和门诊、急诊、投诉程序、公开财务等细节。1975年底,欧洲议会理事会又将一个包括5项基本权利的草案提交16个成员国。应该说,发生在欧美的病人权利运动是成功的,但并未完成,还将在实践中不断完善,如医生的权利、义务如何与病人的权利、义务对接的问题,无自主力的病人权利托管问题等等。在美国,通常由国家医疗福利制度保障老年人群、残障人群、退伍军人等特殊人群的卫生保健问题,来体现社会对弱者的关爱;由商

业性医疗保险制度来完成卫生资源的分配调节，制约因滥用高技术与医疗高消费造成的资源浪费；由维护病人权利法案来协调医患关系，处理各种医学伦理学难题，实现人道的医疗。这些经验很值得我国研究与借鉴。尤其是第三条，从实际出发，我们也需要一场病人权利运动。

近年来，每年的"3·15"消费者权益日期间都有大量的患者投诉医疗机构，并激起全社会的关注。但基本上仍然是个别案例，或已经认定的医疗事故，对于大量的医患日常冲突缺乏法理与价值评判及辩论，使得病人权利保护停留在自发、分散、软弱的水准上。究其原因，关键的因素是缺乏强力组织、机构与有影响的公众人物的参与和支持。消费者权益委员会的背后是权威的国家工商行政管理局与它的分级机构，还有中央电视台为核心的大众传媒集团；"中国质量万里行"活动的主办者是国家经贸委，以及《经济日报》等10余家中央级报刊。同样，病人权利运动的兴起必须依托于保卫人民健康的国家机构——卫生部，以及有影响的传媒机构。事实上，美国的病人权利运动主要不是由作为消费者的病人来发起的，而是由医学组织（美国医学会）、医院组织（美国医院协会）、宗教权益组织来推动的，一些政党和议员参与讨论。事实上这是医院产业集团适应消费社会转型，争取公众信任，力求在买方市场中打公正牌，取得竞争优势的手段，许多大型医院还专门设有病人说话撑腰的"病人代表处"，本质上也是一种医院公关策略。这种"反弹琵琶"的思路，既表现了气度，又增加了无形资产，扩大了潜在消费，可谓一举多得。

美国生命伦理学家卡尔逊（Carson）有一个妙喻，描述医患关系像一对跳"探戈舞"的舞伴：在卫生资源短缺的"家长制时代"，医生说，我掌握了专门的医疗知识与技术，我是权威，你什么都不懂，而且我的服务供不应求，毫无疑问必须由我来"领舞"，病人点头称是，没有怨言；到了资源过剩的"消费时代"，病人已不再逆来顺受，而是会提出：我支付费用，你受我雇佣，理所当然由我"领舞"，我不懂没关系，你把各种可能性告诉我，由我来选择，或者我再花钱请医学专家当顾问来决策。若是有人仍然死抱着过去的老皇历不改，

就不再是医生高声叫“下一个!”而是病人高声叫“换一个!”了。从这个意义上看,医疗服务买方市场的形成将有助于医疗道德的净化。

生命伦理学近年来在美国很盛行,它与病人权利运动结伴而行,为其充当着理性支撑,与医学哲学、医学史学等学科一道构成现代医学的人文底色。但医学的风景越来越漂亮,而文化的画布依然是那片“旧麻袋”。人文学科在医学教育和医学学术生活中的短缺事实上制约着医学这门人学的健康发展,它是诸如科学崇拜、技术至上、道德沦丧、人性荒芜等迷失的深层原因。在一个新的千年来临之际,我们应该超越知识、技术,从人类理解与职业智慧的层面去思考、去建构中国医学的明天。

四 医学必须走向多元关怀

我们不应该把纪年的世纪交替看成是什么神圣的转折点,医学史,尤其是医学思想史也不会机械地按自然纪年的整数来改变自己的特点、划分发展的阶段,但此时又确实可以激发我们的自省力,静下心来,跳出功利性来清理、反思一下医学科学的价值沉淀与发展规律。20 世纪的医学,基本上处在恩格斯说的“分析时代”,成绩显然比 19 世纪大,从细胞水平一直推进到分子水平,从基因层面解开了许多生、老、病、死之谜。因为要分析,就必须遵循还原论的哲学,就必须将研究对象分割成更小的单元,就必须将对象客体化、非人化。但从目前的研究现状来看,分子生物学势头正旺,基因层面还有许多细节需要弄清楚,分析时代还得继续相当一段时间。但分析时代暴露出来的缺陷需要修补,各方面的批评、挑战需要回应。因此,在分析时代的后期,会不断加大综合思考的力度,使分析与综合保持一种自洽。对于 20 世纪医学的评价,我持一种宽容的态度,不认为它正在异化,正在迷失。分析与综合、科学与人文、技术与道德发展的不平衡属于先迈左脚还是先迈右脚的问题,下一步就会调整过来。对此,我们要有足够的耐心。在 20 世纪,医学在技术上、科学建构上大大地向前迈了一步,相形之下,人文、

道德建设的滞后是显而易见的。由此可以预言，下一个百年中，人文医学会有长足的发展，这不仅是思想史的必然，也是现实的呼唤。医学科学与技术需要在更广阔的知识、理性、良知的土壤上修建自己的大厦。因此，医学走向多元化关怀也是不言自明的大趋势。

多元关怀，这是一个严肃的学术命题，答案也是多元的。向公众交代可以执简驭繁，直接从问题思路入手，针对当代医学的精神困惑与知识、情感盲点，缺什么补什么，避免把医学的外延等同于整个人类文化，不切实际地要求每一位医生成为百科全书式的人物。医学科学本质上是一门手脑并施的艺术，不仅有知识通道，还有理解的通道、智慧的通道，有操作过程的快乐。在这里，多元关怀还有改造我们学风的意义。不必一讲拓展学科视野，就在教学大纲中加科目，就组织一班人去编教科书，就要求学生背讲义。而是应该帮助医科学生、医生根据自己的认知个性、人格取向建立各自有序、有益、有慧根、有情趣的阅读生活与道德生活，通过非职业阅读、道德体验与反思来培养人文情愫、道德境界，使得他们的医学生涯充满着世俗的高尚、温宁的圣洁、平凡的智慧。这是我习医近50年来所孜孜追求的知识、情感、道德的合一境界。

其实，20世纪医学的人文主义资源并不缺乏，只是发生了错位。中国医学的人文传统“早退”了，西方医学的人文传统与人文建构又“迟到”了。大部分医学院校连医学史都开不出，大多数医科学生不熟悉自己学科的思想与观念的演化历史和精神、价值遗产，更不了解西方医学中源于古典人文主义与宗教的普爱精神及各个时期人文主义哲学、文学、艺术的涵养，只掌握了一些工具性的专业知识和专业技能，自然很容易害“科学万能”病。邱先生提到的病人权利运动即与美国黑人的民权运动、女权运动、第五代人学勃兴、生命伦理学的异军突起等社会文化思潮密不可分。不了解这些文化背景，自然无法建立病人权利的真正尊重与理解。多少年来，我们一直有这样一个知识拼盘的理想（当年洋务派的观念），西方的科技加中国的人文传统等于中国的近现代文化，于是请进了“赛先生”，把“呼先生”（人文学科）堵

在了门外，殊不知“赛先生”与“呼先生”是亲兄弟。中国的人文传统的确源远流长、典籍如山，但经史子集的知识构架与厚古薄今的文化价值只能与传统中医相续接，把它嫁接到现代医学的肢体上就显得十分尴尬。因此，在现代医学教育史，中国传统的人文流脉中断了。仅寥寥几所医学院校开设传统中国文化的选修课程，医学生的课余古典阅读也非常有限。即使有了中国传统文化的修养，沟通也不容易，唐代孙思邈《大医精诚论》对于跨文化理解美国的病人权利运动不是没有帮助，但需要作现代性阐释。所以，医学走向多元关怀，有两项迫切的任务，一是译介西方的人文医学新作，二是加强对中国传统人文医学典籍的现代性阐释。通过这类工作来改造以实用知识、技能为中心的价值褊狭及以教条阅读、呆板理解为特点的教研体制，使中国医学在多元关怀的倡导与实践中焕发更多的智慧与活力。

第十二讲

萨斯的医学人文审视

（本讲为笔者2003年5月30日在凤凰卫视“世纪大讲堂”的主题演讲，主持人为阿忆。）

王一方：对于任何一个突发的社会事件来讲，思想家总是逃离现场的，思想家总是要十年、二十年，甚至三十年以后，才对这个事件作出历史意义上的评判，因为他的思辨、评判是需要漫长过程的。因此，在萨斯事件刚刚发生的时候就来进行人文医学乃至医学思想史的审视，应该说积淀与思考时间是不够的。我不是思想家，充其量是个思考者，因此胆子就大一些，尽管我本人还置身萨斯流行的现场。来不及深入思考，更缺乏学术积淀，今天应杨东平总策划的邀请匆匆来作这个演讲，很难说能真正达到了医学人文反思的高度，或者达到思想史评论的深度，大家仅仅把它当作一次共同的思维体操吧。

好了，下面我就展开一下今天要讲的内容——关于萨斯的医学人文角度的思考。归纳起来，大概要分三点讲：第一点讲面对萨斯事件，医学史告

诉我们什么。第二点讲面对萨斯事件，医学思想史和医学哲学提出了哪些问题，怎么来回答它。第三点讲医学伦理怎样面对这个事件。

在开讲之前，我想就我的理解稍稍解释一下什么是人文、医学人文，医学人文的基本理念是什么。人文主义、人文精神，当下学界谈论很多，讲多了，市井百姓都觉得耳熟。所谓“人文精神”，一般的理解有三个，中国也好、西方也好，它都属于文化轴心时代的思想发端，轴心时期是很重要的时期，欧洲的古希腊、古罗马时期，中国的春秋战国时期，也就是诸子百家时代，那个时候学界形成了一种博物学眼光、关怀和哲学、艺术思考传统，留下一大批对于天地人生(宇宙、生命、人类命运)母题的叩问，这些命题大多是非功利的，穿越时空的，今天我们把它称为终极关怀。除了学术关怀广泛深远以外，那个时代的大师们十分重视人的综合素质的全面提升。追求“通家气象”，这也是一种人文精神。对什么事情都要有一个多方位的、多元的观照，这是第一种泛泛而论的人文精神。第二重意义是特定的，专指欧洲文艺复兴时代，对古希腊学统(并非学术)的复归。当时的知识分子正是通过人文精神的呼唤去抗衡、冲决宗教神学的束缚，这个时候的一些特定的开放学风、反叛意识、母题揭示、博物情怀被称为特定意义的人文精神。在中国，与之相当的时期是1919年的“五四”，“五四”启蒙时代所表现的那种学风也十分鲜明，表现出对历史遗产的怀疑、批判和反思。从这个意义上讲，人文精神也是一种怀疑精神，一种批判精神，一种反思精神。现在，我们常常把这种精神叫做“科学精神”。其实，它本质上是人文精神。另外一层意思是19世纪以后，科学技术高度发展，一部分人就把科学当成万能的利器，把技术当成万能的工具，出现了迷信科技的“唯科学主义”思潮，这个时候需要一种异己的力量去牵制它，这种力量源自人文精神。人文精神是反抗唯科学主义的，并不是反科学的，因为有人认定科学是万能的、是唯一的真理，人文主义者就讲这世界上有科学的“真”，还有非科学的“善”与“美”，它们也非常有意义，有价值，科学虽然造福于人类，给他们带来很大福利，但是科学不是万能的。

接下来说说医学人文是什么，它有哪些基本立场。医学人文当然与前面讲的人文精神息息相关，既有并称关系的医学与人文之意，又有包容关系医学中的人文之意。医学是技术与人性失去张力的学科，技术主义占据主导，人的价值相对迷失，医患对立相当严重，因此，医学人文处在刀锋上，既要打人性、人道关怀牌，又要打反思、批评牌，形势相当复杂。萨斯疫情的突袭，将许多问题掀到了桌面上，我们今天恰好可以来讨论讨论。再来回答医学人文有哪些基本立场。我觉得有这么几个基本的思维立场。第一个就是它认为“医学是人学”，当然我们不能抬杠，医学里还有兽医学。我们今天讲面对人的疫情的时候，它讲求全面尊重人的需求，譬如尊重人渴望安全的需求，渴望尊严的需求，生物学层面的需求，心理层面的需求，社会交往方面的需求，行为方面的需求。它坚持医学研究、医疗服务中必须把人的价值放在第一位，以人的价值为中心。在当代技术不断萌生异化的医学发展大势中，它要捍卫人的尊严，包括这一次面对萨斯，我们在做的一切，都在捍卫人的尊严，捍卫人类的尊严。某种意义上讲，这次萨斯事件对医学人文来讲，是一次很好的振兴的机会。第二个就是博物学的认知传统，它坚持真善美的统一。对萨斯事件，我们不仅仅要从医学科学角度，而且要从人文学科、社会科学等各个角度来审视。第三是思辨的、系统的、生态主义的思维模式，它分析一个疾病的时候，有哲学上的辩证法、正反合理解，就是说它讲抗争的时候也讲共生，讲征服的时候也讲敬畏，讲竞争的时候也讲竞合，另外它是一种反思的、怀疑的、批评的姿态。所以这些都是医学人文的基本的要义。所以在涉及具体问题的时候，我们会涉及这些东西。

第一个话题是关于萨斯一类传染病、感染性疾病流行与控制的历史回顾。这个话题很大，短时间讲不完，再说很多专家在不同场合都讲到了，今天我讲几个数字作为疾病史的纽结。14 世纪中叶(1347—1350)发生在欧洲的那场黑死病，局面有多惨烈呢？它使得欧洲人口锐减四分之一。当时欧洲人口是一个亿，锐减四分之一是什么概念，就是两千五百万，甚至有些资料讲更多，三千万。再说流感爆发的危机，1918 年爆发的西班牙大流感，死

亡人数高达四千万,这个人数还大于第一次世界大战的伤亡人数。作为有意义的医学史审视,仅仅讲一些数字是不够的,在人类历史的长河中,疫病对于人类生活的影响、对人类文明进程的影响是非常深刻的,不是几组干巴巴的数字所能揭示的。比如说罗马帝国的衰亡,很重要的因素就是两次很重要的瘟疫。一次是公元165年到180年的这一个大瘟疫。另一个就是公元211年到266年的大瘟疫。这两次大瘟疫使得整个全盛的罗马帝国人口锐减三分之一,罗马帝国后来再也振兴不起来了,人力资源受重创,国力便江河日下,最后走向衰亡。在世界史研究中,有学者将古罗马因疫而亡的历史与中国东汉末年的大瘟疫联系起来,日本的上田茂树的《世界社会史》一书就是持这一观点的。他认为:中国东汉末年连续11年的大瘟疫经中亚传到欧洲,波及罗马帝国,以致于罗马帝国衰亡,强大的东汉帝国也陷于分裂。这当然只是一家之说。另一个例证是哥伦布发现美洲大陆之后土著人的衰败历程。哥伦布抵达美洲大陆时,土著人估计有五千万到一个亿。但是到今天他们的人口已经不足一千万了,90%的人口死于殖民者带去的各种各样的传染病,因为土著人长期生活在一个封闭的自然环境中,没有接触过外来传染病,于是毫无抵抗力。当然还有殖民者的杀戮。一个民族,90%的人在短时间内消亡!人类进程能不受其影响吗?

有一些图片可以再现当时的情形,就在鼠疫,即黑死病在欧洲流行的时候,出现了一些什么样的情形呢?第一张图上可以看出当时染病者剧增,以致于抬尸体的人手都不够,只好动员监牢里面的罪犯来抬尸体。刚开始还是用棺材,后来没有棺材就挖洞,一个洞里面埋几十个。后来挖洞的人手也不够了,就挖沟来处理尸体。后来挖沟都不能挖了,就扔到废弃的河滩里面。用犯人把它推进去,由于直接接触尸体,到瘟疫结束,犯人没有几个活下来了。另一张图反映的情形,是非常时期人与人之间关系极其紧张脆弱,跟我们现在的内心感受有很多相似的地方。也是谣传跟某个动物有关,像伦敦街头就有人在那里检疫,有人在那里打狗,因为传说疫情跟狗有关,其实它跟老鼠有关。还有人在那测血象,测血的颜色和黏稠度。还有反映谣

传与恐怖的图片，传言这个病跟隔壁张三有关系，或者跟隔壁李四有关系，然后宗教团体或者什么自助组织就把张三、李四捆起来，架上火把他烧死。事实上一场疾病爆发，恐慌来临，各种社会文化心理现象都会产生。这不仅仅是一些干巴巴的数字所能展示的。

中国历史上疫病的情形怎么样呢？客观地讲，在中国历朝历代，瘟疫的流行非常频繁，后果也非常严重。我这里不能够系统地回顾，只能简单地例举一些非常时期、大事件。中国历史上的疫情是非常多的，比如说汉代末年的，从汉桓帝到汉献帝（中间经过一个汉灵帝）前后 73 年当中发生了 10 次大的瘟疫。当时我们没有像欧洲那样严格的统计制度，其时有一个文学家这样写道："家家有僵尸之痛，室室有号泣之哀，或阖门而殪，或举族而丧。"就是说家家户户都在死人，要么就是满门死掉，要么就是一族人死掉。当时那个医学家张仲景，在他的《伤寒论》（序言）里面就讲"十去其七、八"，就是 10 个人当中死 7、8 个。

到了民国年间，有了统计制度，可以以数字来说话。1932 年霍乱流行，当时受感染的城市是 306 个，患病人数是 100666 人，死亡人数是 31974 人。鼠疫流行的 1920、1921 年，当时东北的人口是比较稀少的，而死亡人数是 9300 人。所以从这个意义上讲，就是说瘟疫是全人类的。有一本书叫《二十世纪史》，书中有一个观点：全球化是多方面的，有积极的方面，如经济的全球化，也有负面的，如战争、瘟疫的全球化。一场瘟疫的流行跟战争一样，跟各种各样的社会因素都相关，地球成为一个村庄了，经济生活全球化了，交通极大地便利了，瘟疫也就全球传播了，对瘟疫的预防和处置也必须全球协同。

第二点我要讲的是，讲瘟疫流行史不能只关注古代的案例，也要关注当代经验。对待恶性传染病，人类在近 20 年里找到了非常好的社会动员机制，非常成熟的隔离预防反应机制。因此，讲医学史还要聚焦于当代史。这里介绍一个时间点很近的案例，就是 1996 年散发于南非的一次埃博拉病毒感染的事件。它的起因是一位加蓬医生，他工作的那个地方有埃博拉病毒的感染病例，埃博拉病毒感染是一个出血性传染病，染上以后就会摧毁人体

内的凝血机制导致七窍出血,病人常常在短期内死亡。论疾病的凶险性,它比萨斯更可怕。流行病学追索发现它是由非洲丛林里面一种变异的病毒引起的。当时,这位加蓬医生染病之后送到南非的经济首都约翰内斯堡治疗,治疗的第3天,护士在处理他的血液分泌物的时候有直接接触,这位当班护士早上恰巧因浇花的时候将手指割破,这样污染物中的埃博拉病毒就通过伤口传播给护士了。7天以后这个护士就昏迷了。疫情一报告,南非启动了国家紧急疫情管理预案,措施非常严密,首先将这个护士以及跟她接触过的216人全部隔离起来。而且由卫生官员向媒体作交代,而不是封锁消息。并且立即启动一种类似于防护生化武器的全屏蔽设备,叫"屏蔽护理系统"。因为南非有一些机构在研究非洲热带病,建立了这种系统,这种"屏蔽护理系统"中正常人和病人实现"零接触"。由于启动这种系统非常果断,所以这场灾难基本上没有播散。如果处理不当,很可能在南非社会引起一场大灾难,因为埃博拉病毒非常厉害,最后只是这位护士殉职了。顺便交代一句,那位加蓬医生由于长期在非洲丛林里工作,体内已经产生了埃博拉病毒的抗体,他在南非度过凶险期之后就恢复了。

主持人:在南非那场灾难中就死了一个人吗?

王一方:就死了一个人。而且当时还及时启动了非常有效的国际合作机制,在加蓬医生就医的第19天,他们就把血样送到了美国亚特兰大的(CDC)研究中心,并当即鉴定出这种病毒的亚型,而且将这种病毒传播的各种各样的途径和控制因素通报相关国家。这是通过国际合作来实现对埃博拉病毒传播进行控制的典范。

从医学的当代史来看,在跟瘟疫的斗争中,总是以人类的胜利而告终。这一点是可以坚信的,也是让大家感到镇定的。尽管可以取得胜利,但是有时候代价非常沉重,我们刚才讲了,经济、科技实力不强,或者处理不当,就会以几千万人生命的代价去换来胜利。另外,医学史所揭示的瘟疫流行像一个钟摆一样,呈现一种历史的轮回,它总是隔几十年就冒头一次,无论科技的力量有多么强大。所以,我们讲瘟疫是可防、可控而不可灭的。这还涉

及到生物多样性的命题。现在萨斯肆虐,令我们很切齿,有人就发誓要把它灭掉,但放到历史与生态学的角度看问题,杀灭病毒恐怕不是人类的初衷,也不是人类的能力所及。

人类无数次穿越瘟疫事件,就像穿越一条条"精神隧道",黑暗中、苦难中都激起我们反思,人类是具有自省力的生物。反思什么呢? ——是谁造就了超级病毒,它的来源在哪里? 为什么会呈现这么多恶性的后果? 这一点是我们应该反思的。反思来,反思去,就要反思到人类自身了。超级病毒的产生很大一部分因素是由于我们对自然生态环境的过度侵入与干预。比方说艾滋病的产生就源于我们对非洲丛林环境的过度侵入。因为艾滋病毒本来生存在非洲的一种绿猴的身上。结果因为人类把它们从丛林里抓出来,有人把它当作美味,吃猴脑,有人把它们拉出来做药物实验,这样疫情就传播开来了。同样,20世纪初我国东北的那次鼠疫大流行是怎么发生的呢? 东北有一种比较大的老鼠叫土拨鼠,当时东北开发的时候,为了御寒就去剥土拨鼠的皮,人大量地去剥它们的皮。其中一部分土拨鼠身上带有鼠疫病毒,鼠疫就迅速传播到人群中。所以,从某种程度来讲,更多的疫病是人类对自然的过度侵害造成的。另外一个因素促使细菌、病毒迅速变异,是我们发明的抗生素,尤其是高效抗生素、高效杀毒剂的大量使用。因为我们知道微生物有一个很大的家族,它的世界里有各种各样的居民,更多的是"良民",作恶人类的"刁民"不多。按照美国科学院院士、著名医学家托马斯·刘易斯的讲法,微生物的世界跟人类的世界完全是和平共处的,可能对人类发生攻击的那一部分很小,但是我们恰恰用大量的抗生素、消毒剂把那些正常的菌群——正常的细菌的群落给杀灭了。而只有那些变异很大的,或者能够迅速变异的种群才留下来。实际上是人类用抗生素加速了对这些劣种的、有害的病毒和细菌的"选择",是人为的力量造就了超级病毒。这个观点在科普作家布鲁克·史密斯的一本《未来的灾难》的书中也谈到。

医学人文的最高境界是生命的思辨、通过思辨达到对生命的顿悟。此时,我们在抗击萨斯,但它只是人类的小目标、阶段性目标,而参悟生命、珍

爱生命才是大目标、永恒的目标。下面就把话题引入医学思想史,作一些医学思想史和医学哲学的思考。先说第一个问题,人类在应对自然时,在探索自然奥秘时,在运用科技手段干预自然时,都应该不停地叩问“什么是已知”,“什么是未知”,“什么是全知”,“什么是不可知”。英国传播学家丹尼斯归纳过去的百年历程,科学的发展有三个事件(节目):一个叫“竞赛”,就是每个实验室都在比赛,看谁能够最先发现万物的奥秘,发明最多最快。一个叫“征服”,看谁的实验室找到了方法、工具能把世界的万物给驯服、制服或控制。第三个节目叫“加冕”“狂欢”,诺贝尔奖就是一次“加冕”,颁奖就是狂欢,现代传媒造就了全球的狂欢。很显然,丹尼斯把科学的历程当成新闻事件、社会事件了,全球的通讯社每时每刻都在重复这“三节目”,单向度地强化了科学的社会化、功利化。在一般公众的眼里,人们无意识地觉得科学力量大得不得了。科学探索的过程被大大地线性化、简单化了,“赛先生”于是成了全知全能的巨人。科学是探索无知的,面临着巨大的无知世界,如果说这个无知都不存在了,还有科学存在的必要吗?其实该承认科学自身价值就在于有一个巨大的无知世界在那里,包括我们这次对萨斯早期的反应,一脸的不在乎。如果我们像南非人那样有一种敬畏感,对无知的世界、对未知的病毒有一种敬畏感,我们就可能会很快地采取一种更敏感、敏锐的办法去处置。尤其是我们的临床大夫、传染病研究者都很自在,觉得对待传染性疾病、感染性疾病,人类完全处于上风,办法多得很,怎么可能闹大乱子呢?不可能的。其实,哪怕你“已知”,也是一个相对概念的“知”,不会是一个完全的已知,是一个或者我们讲是“半知”。我们说“无知者无畏”,不知深浅,“已知者无所谓”,也不知深浅。很多人在追求对萨斯的镇定,说是知识多一点就可以镇定,不是这么回事,你任何人的了解都不可能达到一个全知的境地。不是说全知以后你才能够镇定,其实某种程度上讲你知道一半就可以镇定。再说,危机时刻,不应该没有“惊”,不能没有应急反应,马谡失街亭,诸葛亮唱空城计,城头抚琴,心中大惊,只是他“惊”而不“慌”,“慌”而不“失措”,无“惊”就可能“无措”,无措就是失措。这是辩证法。

另外说一说人类与微生物之间的战争和共生话题。人和细菌、和微生物的大关系、必然关系是共生，战争是偶然的、小关系。这次在抗击萨斯的时候，我们使用的是“战争”模型，以战时的社会动员来对付（萨斯）这个突发事件。基本思路是“三高一非”，“三高”是指“高投入、高风险、高组织性”，“一非”是指“非模式化”。我们每天用于萨斯预防监控的钱不亚于美国打伊拉克每天花的钱了，所以是“高投入”。然后就是“高风险”，4 月 22 日之后，大家从麻木中惊醒，全身毛孔都竖起来了，谁也不能预料这场疫病的结果会怎么样，大家必须全力来对付。“高组织性”，就必须由政府动用政权机器、社会财力，并动员社会各个部门来参与。这就是战争模型的“三高一非”。但是，病毒的生存与变异有惯常的内在规律，应该因势利导，从病毒的生存、变异方式来把握这次疫情的走势。首先，不能完全把人和病毒的关系完全理解成为一场战争，这一点我想用托马斯·刘易斯的一段话来劝慰大家。托马斯·刘易斯非常幽默，他说病毒就是一个活动基因，它到这个世界上，不是一心一意来制造疾病和死亡的，它实际上是一个“小顽童”。它飘浮在空中，把某个基因片段从这里搬到那里，从那里搬到这里，然后自己在复制过程中创造很多新的基因片段。如果说没有它的存在，生物进化的过程就不会有意义，就是一场乏味的生物“牌局”。病毒的出现是帮助生物在进化当中，把这个“牌局”玩得更精彩，玩得更有花样。从医学研究的角度看，我们可以利用病毒来研究基因治疗。病毒跟人类是共生的，而且是长期共生的微生物。当然这次它闯了大祸，拼接出一个萨斯病毒来，我们要让它减毒，必须限制它的传播，必须通过用减毒疫苗来替代它，调动人体内在的免疫力。这一次为什么引起大恐慌，也就是因为它的不确定性，不知道它是什么，如果搞明白了，就可以用减毒疫苗。它自身也有纠错机制，一代一代的复制中它也要减毒。从这个意义上讲，就是我们与萨斯，也是一个共生的关系。共生中有对抗，需要“谈判”。刘易斯这样说，共生关系经常要谈判，这种谈判，如果谈判没有结果，双方有一方越过了边界线，那么就产生了疾病。怎么办？把它赶回去。好像他不同意“满门抄斩”。

接下来讲讲“敬畏”和“征服”的关系。我刚才讲了由于抗生素的滥用带来超级病毒的产生，那么就否定抗生素的功能吗？不行。抗生素是20世纪医学最伟大的发现。它不仅给人类提供了对付病菌、病毒的工具，也带来了观念上的革命。20世纪医学有两个理论模型，一个就是由抗生素运用引发的“战争模型”，或者叫征服的“战争模型”，另一个叫“替代模型”，或者叫人工的“替代模型”。“战争模型”就是说人类发生什么疾病，我们就要想办法把这个疾病的病原体给杀死、把它打败，人类就赢了，疾病也就好了。这个模型主要针对传染病。另外一个就是“替代模型”，比如说体内缺某种维生素，我给你补进来。比如说我这个器官坏了，把这个器官摘掉，拿一个人工器官或者拿别人的器官替代上去，就是“替代模型”。或者说一个假肢，或者说通过戴眼睛，都是替代，功能替代，就是说这两个模型是20世纪医学史的一个很重要的理论进步。但是也容易“泛化”，造成“异化”，什么东西都可以“征服”，而丢弃对自然的“敬畏”。对病毒也需要敬畏，因为它们是大自然的一部分，是生命多样化的表现形式。这不仅仅是对未知病原的敬畏，本意是对未知世界的敬畏，对生命的丰富性的敬畏，对疾病、对痛苦的敬畏。大家读蒙田的随笔可以感受到敬畏是一种智慧、一种力量。其实人是非常脆弱的，在人类这个历史长河当中，它必须取得一种退缩的机制。你比方说这一次我们讲这次萨斯的治疗方案，第一是要抗病毒，要用抗病毒药物。但是第二是用大剂量的（糖皮质）激素。（糖皮质）激素某种意义上来讲，它是降低人的免疫力，去减轻炎症反应。大家知道炎症干什么，炎症就是人调动体内的免疫机制跟病毒、细菌作斗争。结果它这个（糖皮质）激素使用不仅仅不让你作斗争，它还减低你这个炎症反应，它不让你去作斗争，它有点搞议会斗争的感觉。当然这一点某种意义上讲，钟南山院士讲，早期使用（糖皮质）激素，对于挽救危重病人非常有利。这种妥协对人类来讲是必须的，不能一味地讲征服。在这个时候从某种程度上讲，前面用抗病毒药，这时候要用一点什么，用一点（糖皮质）激素，然后用了（糖皮质）激素再用抗继发感染的抗生素，然后再用支持疗法，构成一个完整的治疗方案，而不是说一味的逞一时之勇往

前冲,横扫一切病毒,横扫一切细菌,然后人类就胜利了,不是那么回事。

第三点我想讲一讲在萨斯疫情当中的伦理学思考。我今天带来了一本书,书名叫《天才博士与非洲丛林》,这是一本传记。传主叫施韦泽。我刚才讲"敬畏",他是敬畏主义伦理学的创始人。他在非洲丛林里面当了60年的医生,一直在对付热带病。他以他毕生的职业实践和内心体验提出一个医学伦理学的核心概念,就是"敬畏"。在他看来,要敬畏一切,包括自身的生命的意志也都要敬畏,而且这种敬畏不仅仅体现在人和自然的关系上,也体现在人和人的关系上。这是他的一个伦理学贡献。大家知道,伦理是要讲道德追求的,追求什么?施韦泽他作为道德圣人,作为诺贝尔奖和平奖的获得者(注意他得的不是诺贝尔奖医学奖,他得的诺贝尔奖和平奖),他可以讲医学和人的至高境界是通过牺牲自我来赢得一种有教养的、有身份的、有次序的、文明的社会生活。有点像中国孔子讲的克己复礼的概念。就是通过自我的牺牲达到追求纯粹的一个过程。萨斯事件对于我们整个的医学界来讲是一种道德唤起,因为过去我们在探讨医学人文问题的时候,在探讨生命伦理的时候,更多关注的是公正、公平、权利、责任、义务。但这一次,由于这个萨斯是突发事件,来得特别快,整个医学界都紧急动员起来,它体现一种群体的献身精神。就是整个医学界,只要在有疫情的地方,我们的医学界就全体动员,中国政府35亿的投入,香港政府19亿的投入,很多方面都是政府买单。这只是钱,对于疫区的医务人员来说,投入的是生命、是热血,这样就改变了平时的生命伦理学的思考主题,从平等、公正、知情、同意、病人权利这些抽象问题一下子跃升到"什么是职业献身?""怎么唤起一种崇高感?""怎么来体验纯粹?"这十几年来,我们生活在等价交换的商品社会中,日常节目中哪还有什么崇高呀,英雄在哪里呀,纯粹在哪里,哪里有纯粹的人。

延安时期,毛泽东要为白求恩大夫致悼词,据说初稿是秘书给他写的,评价是"一个高尚的人、一个伟大的人、一个有益于人民的人"等等,毛泽东不满意,提笔加上一句"一个纯粹的人,一个脱离了低级趣味的人"。白求恩大夫是一个纯粹的人,境界马上就不一样了。搞医学的人,服务大众,尤其

需要纯粹，需要脱离低级趣味，这两句加得太好了。纯粹的人是什么东西？道德纯粹来源于哪里？不仅仅来源于这种职业的一般约定，我是医生我宣过誓，我从希波克拉底那里传承了一种道德传统，这些东西都是外在的。道德需要“内化”，需要每一个人通过道德体验去理解它，然后去实践它，而且需要一个过程，需要机会的诱导。这一次遭遇萨斯突袭，我觉得就给医学界提供这么一个机会。因为我们身处商品社会，事事必须要讲回报，我出了多少力，你付我多少钱。譬如，我给你做手术，我有投入，医院有投入，要有成本—产出预算。但在这个突发事件当中，他们像战士一样冲向前线，而且毫不顾忌自己的身家性命去冲，这就引起整个社会对这个社会群体的价值认同。过去，我们在医患关系上有很多很多的矛盾，有很多很多的不愉快的事情。我曾经作过一个统计，南方周末每一年的社会新闻版里，医患冲突是社会冲突里面最多的一块。中央电视台《新闻调查》栏目披露的案例更是触目惊心。说的是某一个市的儿童医院，病人死了 8 天还在收人家床位费，还在收人家的特别护理费，还在人家那个账户上开药，这怎么可能呢？一个阑尾病人花了 8 万块钱，账单 7 米多长，最后人给治死了。在现代社会，在现代医疗条件下，这几乎是天方夜谭，是不可思议的事情，这是严重的医疗腐败问题。医疗队伍中的确有一部分人在透支着我们整个医学界的“道德信用”，治理不力会蔓延到群体。这次萨斯突袭就检阅了我们这个群体，在这时都能不能冲上去。尽管在这之前，遗留很多很多道德空洞，也有不少人，不曾把这个职业当作道德纯粹的追求，当作一个能唤起自己献身精神的机会，就把它当成一种牟利手段，放纵私欲牟取暴利，收红包呀，拿回扣呀，医患之间心照不宣，社会上司空见惯，但是老百姓深恶痛绝。这一次萨斯救护，为什么老百姓自发地给医务人员捐钱送旌旗，这是发自内心的。多几次这样的机会，我们过去那些道德亏欠就会得到巨大的平填，我们叫“道德平仓”。由此看来，这次萨斯事件中医务界群体在道德上赢得的东西远远比他们在知识上赢得的东西多。

道德不是教条和教义，它是需要体验的。这次不幸的事实把我们的医

护人员推到一个共同体验的极端，与病人共同咀嚼痛苦，共同直面死亡。我记得有一位一线临床大夫，姓陈，她讲得非常动人，她说过去我仅仅是一个治疗者，现在我同时又是一个患者，医患角色在这个时候融合了。所以，你说医患之间怎么会冲突起来？怎么可能冲突起来？我既是患者又是治疗者，这个时候已经融合了，在道德主体上融合了。这种情形，不仅仅有利于医生对这个疾病规律的认识，更多的是一种道德体验。通过这种体验病人的处境，让他们体会到：我过去做的一切、我过去付出的东西还不够，我过去没有把病人当作我自己生病那样来照顾。

所以我想这种双重体验和双重理解，它不仅仅有利于对医学规律的认识，而且有利于道德深化。此时，我就想讲在荷兰有一个既是医生又是哲学家又是病人（一位高位截瘫的病人）的坚强女性，叫图姆斯。她曾经写过一本书叫《病患的意义》。她用现象学理论来研究疾病，有一句名言叫“你只是观察，而我在体验！”她说医生的世界跟病人的世界是两个世界，医生仅仅是观察，而病人是在体验，“观察”跟“体验”是不一样的。所以，现在我们迎击萨斯的一线医生既是观察者，又是体验者，既是医疗规律的认识者，又是道德的深化者。从这个意义上讲，萨斯对我们这种伦理学上的震撼和提升是非常有意义的。道德的内化可以帮助他在以后的医疗过程当中实现一种伦理的外达，道德的外达，去拯救更多的人，去感动更多的人。我觉得这是这次萨斯留给我们医务人员思考的一个问题。

（提问与回答略。）

主持人：好，节目到了最后，一如既往，您要用一句话回答我一个问题。我想一个对当下流行病这种灾难进行反思，得到这么多思考结果的人，回答我这个问题一定不会空洞。但是我的问题是空洞的。这是一个不好的记者经常问的问题，但是我估计您会回答得好。就是通过这次流行病的反思，您获得的感受是什么？您只能用一句话来回答。

王一方：更加热爱生活，好好活着，向死而生。

主持人：好，这三点都很重要，但是我更喜欢最后那一点：向死而生。

第十三讲

萨斯袭来：当医者成为患者

萨斯事件中的医患关系
医患矛盾责任何处
为什么医生只相信机器
如何建立良好的医患关系

在2003年的萨斯事件中，最让人敬佩的是医护人员。虽然眼见一个个同事在救治病人的过程中倒了下去，他们依然主动请缨，挺身而出，用血肉之躯阻挡肆虐的病魔。老百姓深深为他们所感动，纷纷称他们是新时代最可爱的人，还有不少人自发地给他们捐钱、送花、赠锦旗，或者给他们提供各种各样的方便。

但另一个不容回避的事实是，就在萨斯事件爆发之前，我们的医患关系还曾经相当紧张。人们经常慨叹看病难、医务人员缺乏温情，甚至说某些医生道德败坏，某些医院只知道坑人、骗钱。

为什么两者反差会如此之大？萨斯事件究竟给我们看待医患关系带来了何种启示？

（以下为笔者 2003 年 5 月 19 日接受《科学时报》专访时的录音记录，采访人为该报记者熊为民博士。）

一　萨斯事件中的医患关系

记者：从医患关系上讲，这次萨斯事件有何特点？它是凸显还是掩盖了我们日常的医患关系？

王一方：萨斯事件是个突发事件，其应对方式相当特殊，是非常时期的非常手段。它有两个特点：

第一，政府买单，群体献身。温总理讲了，农民治疗萨斯必须免费；而且，对城里的患者而言，单位能出钱的让单位出，单位出不了的都由国家买单。由政府买单，这就基本杜绝了拒诊、乱收费、索要红包、拿回扣等老百姓司空见惯同时又深恶痛绝的现象。而与此同时，我们的医护人员在这一次的事件中也体现了很高的职业素质，面对巨大的威胁，他们像战士一样冲上去。这才使得老百姓真正自发地、发自内心地去给医护人员捐钱送锦旗。

第二，在这次事件中，医者和患者有一个角色融合的问题。1/5 的感染者是医护人员啊！而且在事发前期，医护人员的患病比率比这还要大很多。以前，医者和患者是两分的：一个是服务者，一个是服务资源的享受者；一个是收取服务费、给予别人以最好服务的人，一个是付出服务费、需要最好的治疗的人。正如既是医生又是哲学家又是病人的图姆斯所说，他们生活在不同的世界上，一个仅仅是观察，而另一个则在体验。但是，这一次的不幸的事件把我们的医护人员推到了一个和病人共同体验极端、共同咀嚼痛苦、共同直面死亡的境地。医者和患者一下子融合了起来，我们的医生变得既是观察者又是体验者，既是医疗服务的提供者又是医疗服务的享受者，既是医疗规律的认识者又是道德的深化者。两者融合了，在道德主体上融合了。这种双重体验和双重理解，不仅仅有利于对医学规律的认识，而且还有利于

道德升华。过去,我们许多医生的职业生活中只有技术生活,没有真正的道德生活、伦理生活,很少叩问内心,什么是道德的纯粹,什么是职业的崇高,只觉得自己很平凡,很世俗,甚至陷入某种道德上的麻木。所以从这个意义上讲,萨斯最直接的意义是在道德上唤起了他们内心深处的那份崇高与纯粹,那份悲悯与敬畏,同时对医学伦理关系中的医患角色意义、公正、公平、权利、义务会有更多的关注。道德需要内化,需要每一个人通过道德体验,道德实践去领悟它,去理解它,然后再去实践它,是这么一个过程。我觉得这次的萨斯事件给医学界提供了一个体验的机会。道德的内化将令医护人员在以后的医疗过程中实现一种伦理的外达、道德的外达,去拯救更多的人,去感动更多的人。

二　医患矛盾责在何处

记者:看来,萨斯事件还是掩盖了我们日常的医患关系。在平常时期,为什么我们的医患关系会比较紧张?

王一方:医患关系是一个十分复杂的问题,既有历史遗留的包袱问题,又有现实失措的问题。我们讲是一锅"夹生饭",哲学上讲存在着"二律悖反",一方面市场化不足,一方面市场化太过,一方面是纯洁的道德圣徒在无我地奉献,另一方面是卑劣的道德小人在赤裸裸地营私,一方面对医者的道德期待高得不切实际,一方面道德实践毫无底线,尤其是道德自律没有边界,一方面患者自觉权利、利益受到伤害,怨气冲天,另一方面医者的合法权利与利益得不到尊重和保护,一方面伤害患者身心、情感的案例层出不穷,一方面伤害医生、致伤致死的恶性案件不绝于耳,这难道是一个解不开的死结吗?显然不是,但原因的确复杂。你知道我们是从军事共产主义、计划经济转过来的。在战争年代以及近一点"文革"时期,看病是不要钱的,大部分城里人有公费医疗,而农民也有合作医疗,许多人就没有代价的概念,生活费支出中不考虑健康的个人承担。在当时卫生资源非常贫乏,治疗代价相

当低下,这样做难度也并不是很大。可现在情况不同了,我们现在搞的是商品经济,医疗服务已经成了一种商业活动。从某种意义上讲,医患矛盾首先是随着市场经济制度的到来和医学的高度发展,医疗服务的技术含量越来越高、费用越来越贵而激化、凸显出来的。面对当前高度商品化的现实,医患双方的观念、制度都没有转过弯来。

所以医患矛盾不能简单化处置,认为只要对医生多作一些道德教化,让他们多作一些奉献就万事大吉了。我们不能教育社会用战时或供给制时那种道德奉献与价值观念来要求医生。因为社会已经发生了整体的转型,譬如一个商人,过去开个杂货铺,一年只赚5000元钱,现在他已经开了超市,再让他只赚5000元钱,他肯定会不甘心。医学界的情况也是这样。过去军事共产主义,大家都穿军装,分小米,都不拿工资,而且卫生资源十分贫乏。在那样的情况下,医生当然可以治病不收钱,光讲救死扶伤和人道主义。可现在怎能那样要求他们呢?可我们的定价制度却还是近乎那样,服务费很低,和医生所付出的社会劳动根本不对称。以前不是经常有人说开颅的不如剃头的么。对此,医生也有很多怨气。那么高的劳动强度,那么多的加班,而制度给予他们的回报并不多。所以他们想了一些别的手段来补偿。医学上有个概念叫侧支循环:当主血管不通的时候,会在其两侧形成一些小血管,通过小血管来保持循环。一个医生,受了十几年的医学教育,而他的服务费那么低,不足以弥补他的服务支出,于是他就找侧支循环,正路不通他就走邪路,拿回扣,索要红包。如果正路的待遇高一点,情况会不一样。应该给我们医生以更高的待遇,使他们不需要通过不正当的手段来谋取回报。这次萨斯事件表明,我们的医护人员是靠得住的,有很多医务人员确实具有道德献身精神。当然,也确实有某些医务人员是道德卑下的败类,主要是因为他们,在过去的一段时间,整个医学界的道德信用都被透支了。

在医疗队伍存在不当行为的同时,我们的老百姓却又对医生存在过高期望,似乎他们就应该看病不拿服务费。一方面道德期望过高,一方面道德实践又偏低,这之间形成了一个巨大的落差。从深层次看,是历史遗留下来

的不健全的医疗收费机制、理念造成了过去比较紧张的医患关系。

记者:面对紧张的医患关系,我们运用了哪些应对策略?

王一方:我们当然也有应对手段,但有些措施的初衷与效果都值得商榷。我们的机制基本上是偏倚感召机制,而不大考虑运用经济手段、利益调整与激励机制。出现了道德空洞之后,我们惯常的手法是树立一批道德偶像来填充,而不是从整体上,从道德、经济双管齐下,去建立一个感召—激励复合机制来加以调整。我们在每个时期都树立一个道德偶像,然后一方面对医务人员说,你们都要向他学习;另一方面对老百姓说,我们都已经有这样好的医生楷模了,你们还有什么意见?但这种办法效果是不佳的。一方面不可能每个医生都像道德楷模一样。道德楷模可以为病人献身,而商品社会中的普通医生却都在根据市场价格来操作,甚至更贪婪地来操作。另一方面对老百姓也没什么效用。老百姓说,你树的这一两个道德偶像我也相信,但这并不是普遍的群体现象。

三 为什么医生只相信机器

记者:老百姓还经常埋怨医生既不愿意听病人倾诉——他们似乎只相信仪器,尤其是检查费用昂贵的仪器——也不愿意向病人详细讲述他的病情。为什么有些医生会有这方面的毛病?

王一方:这里面有一个更深层次的问题:在医患关系上,一直是科学主义在主导。为什么我们的医生要信奉科学主义?他也知道,医学是人学,除科学知识外,还需要人性的关怀,还需要心理、行为、社会关系等诸多方面的调整。但为什么还这样迷信技术呢?这是因为技术可以给他以回报。

如果他用其他手段,譬如说给你进行心理调适,帮你把心理上的问题解决掉,这当然对你是有利的,但这种工作对他而言是没有报酬的啊!他没有诊费可拿。不像西方,看心理医生是以小时、半小时来计费的。比如作家也是医师的毕淑敏最近开了一家心理诊所,明码标价,谈一小时话(学名叫心

理咨询)就要收取300元钱的心理治疗费。为什么我们的许多医院里的大夫一天要急急忙忙赶着看60个号,5分钟就看一个,一来就给你开化验单、一来就给你开药?这样做是考虑到支出的回报的。他给你讲10分钟,对你有好处,可这会耽误他给另外两个病人看病,两个人可能开出100元钱的药,如果他能拿到10%的提成,那么就会减少他10元钱的收入。在医务方面,实际上也是市场这只看不见的手在进行暗中操纵。他为什么会越来越迷信机器?就是因为功利心在起作用。经济法则讲究最大化,科学法则讲究最优化,本质上都是一种"贪婪"。在医生迷信机器这个现象的背后,是科学功利和商业贪婪两者的结合。

记者:我有过这样的体验,刚对医生说上几句话,他就让我做CT检查。有些人确实很迷信机器。

王一方:从严格意义上讲,做CT是有适应症的。如果你只患上感冒,又何必做CT呢?但某些医生会说,我怀疑你有什么别的问题,都是为了你好,需要这样检查一下,帮你把问题排除掉。这背后的原因很可能是以"科学"的名义来牟取私利。我国一些大城市的人均CT拥有量比美国的还高。为什么呢?不少机器据调查是医务人员集资买的,买这东西是要有回报的,就像投资买一条船去运货一样,买了就得满负荷运转,而患者这方面的需求本来就有限,卫生资源也是有限的。有些内心忐忑的医生也不愿意这样干,但可能上面有任务:"我们科里这个月有100个CT检查单的任务,你们每个人都得开10个啊!"为了完成任务,让那些不具适应症的病人去掏钱做检查。所以现在我们有些医生看病就三句话:第一句是"哪里不舒服?"不等回答,就追上两句:"带了多少钱?""是公费还是自费?"后两句比第一句的潜在意义还要重要。

我们是一个刚刚步入小康的发展中国家,一方面卫生资源不足,一方面卫生资源浪费,其中重要一条就是医疗设备的高消费。有限的资源在很大程度上花到了诊断上面。从前我还在当医生的时候,接诊患者先要进行全面的物理检查。从头查到脚,视触叩听,望闻问切。但现在这样做的医生已

经比较少了:这样做要花较长的时间,而且要接触你的躯体,还要和你交流,弄了半天又没有回报。其实许多医生心里也知道,有很多病问一问、摸一摸、叩一叩、听一听就可以诊断清楚,根本就不需要去进行高精尖的仪器检查,但实际操作起来,仍是动不动就让你去做CT,或者别的各式各样的花大钱的检查。

世界卫生组织现在强调适宜技术。譬如你是感冒,那么你适宜吃阿司匹林,只需花上几分钱或几毛钱,常常没必要吃先锋霉素。可现在的情况是抗生素滥用,大家常常开高级抗生素。为什么呢?因为抗生素越高级,价格越贵,开方者得到的回报越大。对感冒而言,用那么多抗生素干什么?感冒是病毒引起的,从严格意义上讲,抗生素对它根本没作用。但开方者总能找到道理来骗你。他可以说是为了防止继发感染,就像美国打伊拉克一样,要先发制人。其实这种说法通常是没有道理的,并没有那么容易出现继发感染。你的药很贵,如果我有钱,如果用了这个药对我身体没有害处,我当然也可以买,但事实是,这样做一则是要消耗我们有限的卫生资源,要消耗我们的财富,二则是我吃了之后,很可能还会过敏。我体内抗生素药物浓度过高,不但对我没好处,还产生一些副作用,产生一些药害,比如说体内的菌群失调。

所以这里面有个评估的问题。过去,我们卫生责任事故的评估基本上是自己评估自己,比如出现了医患纠纷,就组织一个委员会来评估——由一、二医院的专家来评估三医院的,然后下次又由二、三医院的专家来评估一医院的。这是有悖司法公正的,也是群众意见最大的。去年,国务院颁发了新的"医疗事故处理条例",执行效果如何,还有待检验。

这次的萨斯事件是一次很好的"道德平仓",对过去紧张的医患关系有很大的缓解作用。这是一次机会,一个重新洗牌的机会,应该抓住它,在这样一个基础上建立新的良好的医患关系。

四 如何建立良好的医患关系

记者:您觉得建立良好的医患关系该从哪些方面着手?

王一方:我认为,根本上的解决还是得从利益协调着手。从某种意义上讲,卫生不仅是个事业,还是个产业,卫生部门是一个商业部门。它有自己的利益集团、利益阶层,相关个体之间存在利益分割关系,可以鼓励他们追求崇高的道德境界,像白求恩、雷锋那样为社会、为他人奉献,但不能以这种至善的道德标准来要求这个商业部门中的每一个人。近几年,我国政府已经在着手调整医患之间的利益关系,提高了服务费,减低了药价,这是一个正确的方向。为什么药物的价格越来越高?为什么有人要将它们变着法子弄高?是因为医院要靠它为医疗运营“输血”啊。当过院长的人私下里都讲,光靠服务费我是无法养活这么多人的,连人都养不活,商业运转更无法维持。医院一半或一半以上的收入是来自药物和设备的运转,不然会破产。

成为一个医生是很不容易的,需要接受漫长的教育和多年的训练。与他们所付出的努力相应,他们所从事的职业也应该有较高的声望。在发达国家,譬如说美国,情况确实是这样的。在那里,医生和律师是社会收入最高的人群。医务人员的服务费是非常高的,拿给叶利钦做心脏搭桥手术的那位心内科专家来说,据说他的那次出场费就高达800万美元。人家那手术刀下去,那才叫地位啊。而我们,医生这个职业排到了社会经济身份的十位以后。我们不能一味地要求医生献身,也应该综合地思考一下医生的权利、义务以及待遇。

与此同时,还要加强监督机制的建设。光有给予,光有提高待遇是不行的,给予必须和制约联系在一起。医生可能滥用科学的权力,滥用对疾病的决策权,我们需要建立一个更严格、更透明的制约机制,其中包括媒体的监督,包括病人的监督举报,等等。对于医患纠纷,我们也建立了鉴定委员会,但它们通常是由医院院长组成的。老百姓讲,刀是砍不着刀把的。这种监

督手段，其后果肯定是大事化小，小事化了，难以令患者享受到足够的公正。可以借鉴一下美国的做法，他们的医院设有病人代表处，院长每天坐在那里，代表病人去追讨病人的权利。某种意义上来讲，这也是一种商业手段，对实行这种制度的医院的品牌建设是有利的。美国的医疗实行的是保险制度，病人都是医疗保险的购买者和受益者，其医药费既不由自己直接掏，又不由国家出，而由作为第三方的保险公司出。保险公司当然不想出冤枉钱，它对医院也有监督作用。

医疗服务作为一项社会工程，平时有政府对弱势群体的资助，危机时期，还有国家救援的功能和机制。

当然，道德献身精神、普爱精神、悲悯心还是得讲。如果只讲利益，道德上完全交白卷，也过不了社会批评这一关。因为人们对物质利益的追求是没有止境的，越多也可能越贪婪，贪婪无止境。而且，我们现在是社会主义初级阶段，整个社会还不富裕，对社会公益职业的医疗机构和个体来说，献身精神还应当是第一位的。

第十四讲

萨斯会改变人类的疾病谱吗?

另类疾病谱
战争、饥荒和瘟疫
魔高一尺道高一丈的时代
永恒的博弈

饥荒可能引发战争,战争可能伴生传染病的流行,大灾可能伴生大疫,它们常常是连在一起的。

从本质上讲,单个的疾病是可知、可治、可防的,但作为整体的疾病是不可全知、不可全治也不可全防的。

疾病是一种永恒的存在,和人类是伴生的,是人的一种生存方式。

你道高一尺,它魔高一丈,你必须提升道,可待你道高十丈之后,它很快又魔高百丈。所以人和病原体永远处于博弈状态之中,人总是处于被伤害的地位。

疾病是不可能被人类彻底征服的,它们总是会伺机反扑,把人类推入更深的陷阱。人类不可能造出一个全无敌的武器,把所有的病原物都消灭。

（以下为笔者 2003 年 6 月 11 日接受《科学时报》专访时的录音记录，采访人为该报记者熊为民博士。）

一 另类疾病谱

记者：这次萨斯肆虐，可谓气势汹汹，它会不会改变中国人或者说整个人类的疾病谱？

王一方：疾病谱指的是某个时期对人们威胁最大的疾病序列。在 20 世纪前期，排在疾病谱首位的基本上是传染病，营养不良性疾病、寄生虫病等紧随其后；现在，传染病只排到第四位，心脑血管疾病、癌症、慢性病等非传染性疾病排到了它的前面。

到目前为止，萨斯在全球的患者只有 6000 余人，死者只有 600 余人，和患者过亿，每年造成上千万人死亡的心脑血管病等疾病远远不在一个数量级，它对人类的疾病谱可以说根本没有影响。

但是，由于它的不确定性，它所造成的心理震撼特别大。所以在并没有改变疾病谱的情况下，造成了巨大的社会震动。心脑血管病、癌症等疾病虽然死的人多，更不可抗拒，但由于人们对其比较了解，反而在心理上能接受它们。

记者：是不是我们可以另外给疾病排一个序，把它们对人类心灵的冲击力考虑进去？

王一方：这是一个有意思的想法，完全可以根据心理影响力再排一个疾病谱。如果真排了出来，萨斯当名列前茅。其他一些与之类似的疾病，譬如埃博拉出血热、疯牛病、禽流感都会排进来。它们因为不可知（人们对埃博拉出血热了解得还略多一点），给人们带来的冲击特别大。

二　战争、饥荒和瘟疫

记者：过去人类的平均寿命很低，只能活上三四十岁，这是不是主要归因于传染病？

王一方：造成平均寿命低的原因很多。在和平时期，除传染病外，还有营养状况、劳动强度等因素。古代是有劳役的，著名的如秦始皇修万里长城、隋炀帝挖京杭运河等，这些劳役也是致死的重要原因。过去和现在的劳动是有很大差别的。现在，人们主要通过机器来工作，劳动强度较小；过去，绝大部分劳动都得靠人的体力来完成，劳动强度很大，而当时的营养状况又很差。

战争，经常的征战，也带来大量的死亡。中国的历史可以说就是一部战争割据史，大量的战争，也带来大量的非正常死亡。平均起来，人们的寿命就很低了。其实，影响平均寿命的也主要就是马尔萨斯讲的那"三条绳索"：战争、饥荒和瘟疫。

记者：这三个因素中，哪一个带来的死亡更多？

王一方：在不同的时代答案不一样。在战争年代，战争当然是造成人口减少的主要因素；在和平年代，自然灾害带来的饥荒可能是最要命的；在瘟疫流行的时候，当然是瘟疫的影响力最大。譬如 1918 年的西班牙流感就在全球造成了近千万人的死亡，比第一次世界大战还要多得多。

这些因素还常常是伴生的，其影响力难以区分。饥荒可能引发战争，战争可能伴生传染病的流行，大灾可能伴生大疫，它们常常是连在一起的。战争带来人员的高度密集，这很利于疫病的流行。如果是散居，就没那么危险。与此同时，战争，尤其是远征还意味着人口的大规模流动，这也有助于把疫病从一个地方传播到另一个地方。譬如十字军东征就给欧洲带来了鼠疫的流行。

战争和饥荒在很多时候是通过饮用水而传播瘟疫。某个士兵刚好患了

传染病，他被杀死之后，血液流入河流，被人饮用，这就可能带来疫病。尸体腐烂、发臭，也污染水源，也带来疫病。而且影响面不仅仅是战场，疫病会很快从战场上传播出去。太平天国时期，江南发生大疫，人口大量减少，这主要是源于战争带来的伤寒和霍乱流行。它们是消化道传染病，主要通过粪便传播。江南水网密集，水源被污染之后，一下就传开了。

记者：我国古代可有像《十日谈》这样的对瘟疫的记载？

王一方：中国历史上有很多这方面的记载。譬如从公元 147 年到 220 年（从汉桓帝到汉献帝）的这 74 年间，《汉书》中就记载了 10 次大的瘟疫。医书，尤其是与传染病有关的书，譬如《湿病论》、《温病论》、《温热论》的序言中也常常对瘟疫流行状况有记载。张仲景也曾在其《伤寒杂病论》的前言中大谈传染病。他说，瘟疫流行时 10 人中有 8 人死掉，有个家族的 200 余人几乎全都死光了，在这种情况下他才发奋学医的。他把东汉时期的瘟疫流行大致记了一下。但那时没有统计数字——中国直到 1918 年的关东大疫才有这方面的统计数字。至于文艺作品嘛，相关记载可能比较少——刘禹锡好像写过这方面的诗。

三　魔高一尺道高一丈的时代

记者：人类疾病谱的转折性变化发生在什么时间？

王一方：最大的转折点应该说是 20 世纪 40 年代末、50 年代初。1946 年，以青霉素为代表的抗生素开始大量投入临床使用。抗生素和 30 年代发明的磺胺类药物极大地改变了人类的疾病谱。

早期还有一类因维生素缺乏而造成的病，如维生素 A 缺乏造成的夜盲症，维生素 D 缺乏造成的软骨症，维生素 B1 缺乏造成的脚气病，以及维生素 C 缺乏造成的坏血病（在航海中很常见）等。它们的发病率也很高。20 世纪初发现维生素 A、B、C、D 之后，它们也得到了强有力的控制。

天花、麻疹等传染病在 20 世纪初致病率也是很高的。随着减毒疫苗出

现以及大规模的推广，不可一世的天花已于1979年在世界范围内被最终消灭，小儿麻痹症的消亡现在也已进入“倒计时”阶段。鼠疫等虽然不大可能被消灭，但一旦发现，人们总是能很快将其控制下去。

记者：中国的疾病控制、中国人的疾病谱变化是否与国际同步？

王一方：我们是发展中国家，因经济状况的关系，在某些疾病，譬如麻风病的防治方面比发达国家要晚一点。不过我们也有自己的特色。建国前，我国的血吸虫病是很厉害的，感染者多达1000多万人。建国之后，通过大规模的灭螺，曾很快将其基本控制了下去。不过，话又说回来，即便是现在，疫区中还是有不少血吸虫病患者。但随着疗法的成熟，急性血吸虫病是能有效控制的。慢性血吸虫病嘛，不是很好处理，但它一般不会危害生命，虽然患者的生活质量会比较差。

当前，我国城市居民生的病基本与世界同步，心脑血管、糖尿病、老年性痴呆等生活方式病或文明病较多。这些疾病和寿命的延长、运动减少有关。生活越舒适，越缺少运动，越是精神紧张，越可能引发心脑血管的改变。糖尿病也常常是由不怎么运动，过多食用高脂肪、高蛋白、高糖的食物而引起的。这些病农业时代是少有的——那个时代饿死的人比较多。但是，不是说生活条件好了，有东西吃了就没病了，每个时代都有每个时代的疾病。从本质上讲，单个的疾病是可知、可治、可防的，但作为整体的疾病是不可知、不可治、不可防的。它是一种永恒的存在，和人类是伴生的，是人的一种生存方式。有一部分人是在病中度过他的一生的。虽然疾病是一种不正常的生存方式，但它又确实是人的一种生存方式。有些人平常不怎么生病，但一遇到某种疾病可能就完了。有些人长期生病，遇到意外反而能挺得过去。后者同样可能很长寿，譬如张学良，他曾经有严重的毒瘾，还患过梅毒，身体状况一度很差，但最后还是活过了100岁。

总的说来，由于我国幅员广大，发展不平衡，情况是比较复杂的。一方面城市居民生的病可能和美国人的类似；另一方面乡村居民生的病可能和非洲丛林中的人差不多。在某些温饱尚未解决的贫困地区，占主流的仍是

由营养不良、卫生习惯不好而带来的疾病。

四 永恒的博弈

记者:虽然传染病的影响力在20世纪40年代后曾一度大幅度减小,但20世纪80年代之后,又出现了艾滋病、疯牛病、禽流感、萨斯等新型的传染病,另一方面,肺结核等传统传染病又有所抬头,而肝炎一类的传染病现在依然流行很广。在21世纪,这些已出现和将出现的新老传染病是不是又将给人类疾病谱带来新的巨变?

王一方:肺结核的复萌并没有某些媒体说的那么严重,它并没有出现大的回潮。虽然病原体对第一代药物,譬如链霉素有了抗性,但第二代、第三代抗痨药物马上就跟上去了。

艾滋病是很特定的,和生活方式有关,与吸毒、同性恋、嫖娼等关系密切。所以有人说艾滋病是上帝的惩罚——你要过度追求快乐,上帝就要惩罚你。它的传播途径非常清晰,从这个角度上看,只要人的行为检点一些,它并不是那么可怕。但我国的情况有些例外,有相当多数是因为输血而传播上的。当前我国已经有了很多被感染者,云南、河南都很多。它可能对中国人的疾病谱产生较大的影响。

我国乙型肝炎隐性感染者很多,至少有几千万,但他们大多不发病,对工作、学习没什么影响。其传播途径主要是输血,采用一次性针具主要就是为了防止传播乙肝。现在乙肝已经有了疫苗,可以通过疫苗来防治,所以不那么可怕了。丙型肝炎还没有疫苗,可能要更可怕一点。

新型传染病的出现是必然的。病原物也在进化——它若不进化,就被人消灭掉。就像被老虎所追赶的野鹿一样,至少有部分野鹿必须跑得比狮子还快,否则它就绝种了。野鹿在跑的过程中会撞坏庄稼。而这头狮子是生物链安排的,是造物主创造的。如果不让狮子去追野鹿,野鹿就难以进化;如果让狮子去追它,它就会越跑越快,撞坏越来越多庄稼。于是就出现

了这样一个怪圈:一方面抗生素等药物越来越高级,对微生物的杀伤力越来越大;另一方面,微生物通过变异来和人类周旋,一是产生抗药性,而且可以相互传递这种抗药性,形成抗药群落,二是变得越来越怪异,使药物无法识别,其中一部分致病株可能越来越致病,对人的伤害也必然越来越大。所以,人类面临的被变异的细菌或病毒侵袭的危险是越来越大。早期,人们可能死于金黄葡萄球菌引起的肺炎,后来,人们发现了链霉素,能够很容易地杀死这种很简单的细菌。于是,由金黄葡萄球菌造成的肺炎几乎没有了,由衣原体引起的肺炎也几乎没有了,代之而来的是由军团菌、萨斯病毒等引起的肺炎——军团菌也是一种很难对付的东西,早期人们曾怀疑萨斯是由军团菌引起的。你道高一尺,它魔高一丈,你必须提升道,可待你道高十丈之后,它很快又魔高百丈。所以人和病原体永远处于博弈状态之中,人总是处于被伤害的地位。

没有绝对的安全。没有一个人能说,我不得病,我可以绝对避免病原物的感染。谁都不可以打这个包票。这是敬畏自然的一种理由。我们必须承认,对很多东西我们是不知的,而且永远不可知,所以我们必须敬畏它。这才是科学的态度。科学并不说我什么东西都知道;科学只知道一部分东西,而且所知道的这些东西也只是在一定的范围内可掌握、可控制。有些“气功师”说我什么都知道,有些江湖医生说我什么病都能治,我的药万灵,这些东西恰恰都是不科学的。为不可知留下空间,这才是科学。最近,有记者问过一个很傻的问题:科学在什么时候才能把疾病征服?事实上疾病是不可能被人类征服的,它们总是会伺机反扑过来,把人类推入更深的陷阱。不可能造出一个全无敌的武器,把所有的病原物都消灭。就算近似地做到了这一点,那么这个世界又会产生别的问题:很多人老而不死,同时,脑萎缩啊,早老病啊,内分泌紊乱所致的各种怪病,这些东西又会增加,人类生存质量就会下降。而且,一旦生态链发生断裂,其危害可能更大。现在有个错觉,似乎一跨上科学的骏马(也可能是一匹脱缰的野马,前面有地图上未标注的沟壑)就可能达到全知全能的境界。其实这是错误的,科学再怎么进展也无法

让人全知全能，这只是人的一种幻觉。

记者：您的意思是说，一定会有更厉害的病原物出现，它将再次提升传染病在人类疾病谱中的地位？

王一方：这体现了历史的钟摆律。是不是会出现，会不会造成巨大的灾难，取决于人类和病原体的较量。在短期内病原物完全可能占上风，然后人类再将其揪下来。虽然我觉得这一次的萨斯还不会到那个程度。但以后完全可能出现比萨斯更厉害的传染病。它们是人的对立面，在一定意义上讲，这个对立面是人创造出来的。你把萨斯控制了之后，自然界一定还会出现比萨斯毒力更强的、对人危害更大的病原。而且，因为人的战争欲望，人们还可能人工诱导出一些超级病原物。这些东西很可能从实验室里跑出来，被某些恐怖主义组织所利用。如果是这样，这就更是人类自己所创造出来的灾难了。

我觉得别的物种是不能消灭人的，人将来的毁灭，必然是毁灭在自己手上。因此，我们要在全力发展科学、提升技术的同时，重视科学人文的研究，以敬畏之心、普爱之心、悲悯之心面对自然，面对环境，敬畏自然，敬畏生命，营造一个良好的人与自然的共生关系。也许这才是人类持续、优质生存的前提。过去，我们经常讲无知者无畏，批评人们缺乏科学知识而莽撞行事，其实，有知者也应该有畏，探索者，创新者也应该有畏，不可逞一时之勇，任一时之性，因为探索，创新的终极目的是让人与自然更和谐，而不是更紧张、更冲突。

第十五讲

生与死:叩问医学人文的永恒母题

一 蒙田:直面痛苦与死亡

蒙田(Montaigue,1533—1592),一个中国读者熟悉的名字。他是法国文艺复兴后期最重要的人文主义作家。他那充满隽智却又冗长的《随笔集》似乎专供闲雅之士们消受,终日劳碌如工匠的医学圈中人士鲜有人通览(除非逃出医学遁入文学殿堂的"叛徒",无论西洋东海,弃医从文者为数不少)。不过仍有一批颈上挂着听诊器,腋下挟着一本《蒙田随笔》的白衣客,譬如以

《最年轻的科学》、《细胞生命的礼赞》闻名的美国医学家刘易斯·托马斯。他平生最喜欢两位文坛大师的文字,一位是蒙田,另一位是莫里哀。托马斯有个习惯,每读到佳胜处就在那一页折一个角,连续8年的反复阅读,书的一大半都被折了角,书墩在案头上,成了两倍厚。而对于未折角的部分(如《雷蒙·塞邦赞》)又吸引他写了一则长长的随感,篇名就叫《常读常新话蒙田》。这大概是我读到的唯一一篇由职业医生写的谈蒙田的文字。闭上眼睛想想,托马斯又何尝只是目啖蒙田的文字,分明在追慕蒙田的禀性,崇尚怀疑,信笔抒臆,问一些古怪的问题,写一手优雅的随笔。而且并未误了主业。医生做到这个份上,职业上成就辉煌,外加才识情趣、文采飞扬,实在是一种境界。

如果说蒙田无止境的怀疑是一支利剑,那就少不了要舞向医学。不必为蒙田披上什么百科全书式大师的外衣,就知识与修养而言,蒙田基本上是一个医学的门外汉,尽管他常常以医生的口吻谈话,但他是一位病人,一位有丰富内心体验的病人,一位怀疑一切既成的解释与成规的思想者,所以他对医学的反思是有辉光的,也是有慧根的。正因为他的叙述与评论是非职业的,因而也不会因医学知识400年来的更新而失去意义。

1578年,蒙田《随笔集》第一卷即将竣笔,此时他首次发作了肾结石症,其后反复发作剧烈的肾绞痛,尿血等症状使他一次次陷入极度的躯体痛苦、心理矛盾与幻象丛生之中,也给他的人生涂上一层厚厚的忧愤色彩。可以说他随笔中透出的特殊敏锐与冷峻姿态很大程度来源于疾病的体验。从第二卷开始由这种体验出发谈人生彻悟的篇幅也相应地增加了。第一卷中只是以文献中的个别医患例证来作比喻、调侃,叙述起来也显得轻松,分明是在叩问历史、叩问理性,而不是在叩问自我、叩问家世。从第二卷开始,明显的变化不仅只是说病谈医的篇幅加大了,而且有大段大段的个人病患经历与体验的倾诉,以至于其后的评论家批评他过分的自怜。譬如对家庭病史的追溯。蒙田的结石症以及对结石症发作时的恐惧来自于父亲的遗传,他父亲即死于结石症,而且最后的岁月非常痛苦。但蒙田发病较其父亲早,受

病患折磨的时间更长。他父亲67岁时才首次发作，7年后死去，而蒙田45岁时首次发作，59岁病逝，带病生活了14年。这些年间，他改不了喝白酒、嗜牡蛎的饮食习惯，所以病情日趋严重，发作也更频繁。后来他大概也有所省悟，但如他随笔中所列举的若干位古代圣贤一样，“不论如何智慧，终究在酒的力量面前投降”。痛苦万分时，蒙田曾想到自杀，他引述普林尼的话说：“只有三种病痛让人有权利自杀以求解脱，其中最严重的就是尿道结石。”最终他并未走自杀的路，但死亡的阴影一直笼罩着他，“我感到死亡每时每刻都卡住我的喉头或腰部……”以至于每次外出旅行，每在一处房舍停留时都要担心自己是否会在此病倒并就此死去。依当时的医疗条件，无法进行各种排石、取石与碎石手术，蒙田便只能在遭遇医学中一次次失望后，重新回到苦难的咀嚼与死亡的冥想之中，不过这之间又多了一个精神命题，便是拷打医学。由此形成蒙田式医学人文关怀的三个侧面：品味苦难、直面死亡与无医自处。

蒙田没有太多的笔墨细叙躯体的痛苦，只是诉说他跟最坏的疾病交上了手，这是一种突如其来、痛苦非凡的疾病，并声称他对此特别敏感，简直不能忍受。而且坦言在痛苦面前应摒弃那种虚假做作的“镇定自若、不屑一顾”，要自由地发泄，“处在这种紧要关头，还要在行动上瞻前顾后，那是残酷的自虐”，“如果肉体在呻吟时能减轻痛苦……就让它呻吟；如果身子高兴颤动，就让他自由转动；如果高声怪叫会让痛苦像烟雾似的散去，或者可以转移我们的苦恼，就让他喊个够”，“剧痛之后，尿道放松，不再针刺似的难受，我又迅速恢复常态”。没有真切的体验，很难有如此细微的感受。伴随躯体与行为改变的是心理上的懊丧、萎靡与幻觉，蒙田曾幻想像西塞罗那样“在梦里搂着一个女人，醒来发现自己的结石已经排出落在床单上”。奇迹自然不会出现。如果蒙田的体验仅仅停留在躯体和心理层面，那么就与凡夫俗子没有什么区别了。作为怀抱怀疑论观念的哲人，他不会就此停止思索，他要消解和重建每一个关于病患过程中各种体验的解释。即把一切观点和一切行为都视为荒谬之谈而加以摒弃，同时又努力使我们不能将任何一种观

点和任何一种行为视为错误而加以摒弃。蒙田这样写道:“哲学应该让痛苦从口头上怯懦地表现出来。……哲学要改进我们的理解,那就不要控制我们的理解,在忍受肾脏绞痛的时候,要让灵魂保持清醒。维护惯常的思维,压倒痛苦、忍受痛苦,不要让它可耻地俯伏在痛苦的脚下,战斗使灵魂发热燃烧,不是萎靡颓唐,要让灵魂能够交流,甚至达到某种程度的对话。”这里的“哲学”分明是怀疑论的观念,“灵魂”是体验主体,“痛苦”是附加物。“战斗”(怀疑)、“交流”、“对话”也只是过程与仪式,“理解”更是一个活结,病患与痛苦、医生与医学、行为与知识都需要理清、解脱。但终极命题是死亡。所谓“探究哲理就是学习死亡”,死亡是一切痛苦的解药。而痛苦又是生与死之间的谅解与妥协。在蒙田肾绞痛发作的时候,他感觉到一手牵着痛苦,一手牵着死亡,“病痛愈是逼得我走投无路,死亡愈是令我镇定”,“我从前是一丝不苟地为着生而生,病痛解除了我对生活的这种理解。……如果痛苦一旦压倒了我的力量,那是催我走向另一个极端——对死的热爱与期望”。于是,病人蒙田的体验进入了新的疆域和境界,那便是“直面死亡,向死而生”。

在蒙田看来,谁教会人死亡,就是教会人生活。他曾发愿要编一部死亡评论集,其实他的随笔集中就有大段大段讨论死亡的内容,包括理解死亡、想象死亡、直面死亡若干个层次。在他看来,首先死神并非面目狰狞;其次,死亡并不痛苦,它恰恰是在中止痛苦,因此,面对死亡不必恐惧,“如果死亡来得突然和凶猛,我们根本来不及害怕,如果不是猝死,我发现,随着疾病的加重就自然而然地把生命看轻了”。而时常想象死亡,把它看作是一件很平常的事,实际上就是在与死亡作斗争,使它丧失了对我们的强大优势,“死神在哪里等待我们,是很难确定的,我们要随时随地恭候它的光临,对死亡的熟思就是对自由的熟思,谁学会了死亡,谁就不再有被奴役的心灵,就能无视一切束缚和强制。谁真正懂得了失去生命不是件坏事,谁就能泰然对待生活中的任何事”。所以说,在生活中,与其背向死亡,被死神追逐,不如直面死亡,把它拦住,与其共酌。

客观地讲，对痛苦与死亡的豁达会影响人们对医学的热衷。在一些人看来，疾病的过程不过是痛苦与死亡的接力，最终掐灭痛苦的不是医学而是死亡。柏拉图曾经认为律师和医师都是国家的祸害，蒙田对医学与医师也表现出相当不恭敬，据回忆他的反感是祖传的，他的祖先就天性讨厌医学，顽固地持一种"无医自处"的姿态。蒙田也坚持这一立场，他的随笔集中罗列了一打古代圣贤对医学的反诘及"无医自处"的例证，并声称："并非药苦而拒绝医学，他认为为了恢复健康再痛苦的烧灼和切割都是值得的。"他对"无医自处"的执著一方面是出于对人类自然力的崇尚，另一方面是对医学知识水准与医生行业规范的怀疑。16世纪的法国医学基本上是基于经验，实验医学刚刚萌芽，鲜有成功的探索，对于饱受结石症折磨的蒙田来说，它既未表现出良效（有用），又未能在他怀疑论目光审视下显出理性的完美（有理），自然要遭到他的奚落与轻视。尤其不能容忍的是许多医生缺乏对疾病的体验，只是一味地妄言机理。因此，蒙田劝诫医生们要重视病人的体验，因为这些体验是纯粹的，未受虚妄的理论"污染"，同时要尽可能地体验疾病，"要当真正的医生，就必要亲自患过他想治愈的所有疾病并经历过他应判断的所有事故和病情，……我真愿意信任这样的医生"。看书郎中常常是靠不住的。蒙田所倡导的无医自处大概是针对这类人当道而发的激愤之辞吧！当然也并不排除他的偏见。这种偏见多半源于他的怀疑论哲学。一部分源于他显赫身份的话语特权。不仅只是蒙田，比他后起的法国思想家帕斯卡尔（同样是一位饱受病患折磨的哲人）也持同样的看法：我们正与我们并不掌握其奥秘的世界连在一起，我们既不可能停留在自我之中，也不可能停留在事物之中，而是应该不断地从事物走向自我，从自我走向事物（一种主客体交融、物与神游的境界）。这便是蒙田精神深处的理性辉光。400年过去了，现代医学有了翻天覆地的变化，不仅结石症可以轻易治愈，而且还能置换各种器官，直至换肤换性。但人们欢呼现代医学的巨大成就之时，是否应该重温一段蒙田当年的教诲：

> 科学确实是一件非常有益的大事业，轻视科学的人只能证明其愚蠢，但是我也不会把科学的价值夸大到某些人所说的程度……我不相信有人所说的：科学是一切美德之母，任何罪恶都是无知的产物，如果真是这样的话，倒是值得详尽论述一番。（《雷蒙·塞邦赞》，1580年）

话语是十分平易的，而怀疑论的目光却是相当灼人的。

二　史铁生：蹲守在生死爱痛之间

在当今文坛，说起史铁生，没有人不知道，他是一位拥有许多作品和读者、得过许多文学嘉奖的职业作家，可是，很容易被人们忽视——他也是一位职业病人。有一回记者问起史铁生的职业，他回答说“生病”，写作只是业余工作（他不久前的一本书的名字也就叫《病隙碎笔》），他还特意对记者嘱咐说这绝不是调侃，是真实的生活。他是1951年生人，早在1972年，他就因双腿瘫痪病退回京，7年后又因急性肾损伤回家疗养，1998年病情发展成尿毒症，依靠每周三次血液透析替代肾功能，以维持生命。如此频繁的密度往来于医院，应了他另一句自嘲的话：“我要么在医院，要么在去医院的路上。”

长期的病患经历，对于一位作家，一位有着浓浓的思想家气质与深深的宗教觉悟的作家来说，无疑是一次次精神上的火山喷发，让他与许许多多的人生与命运的母题“狭路相逢”，根本无法避及。比如对于死亡、苦难、别离、被抛弃、孤独、残缺、惆怅（以及对应的活着、幸福、欢聚、拥抱、完美、欣快等）、命运的方向与归宿的守候、沉思与咀嚼，几乎是他的日课。但不同于书斋里的轻松研习、学理上的悉心领会，这些命题就像怪兽一样每时每刻地伴着医院的来苏味和血腥气息蹲守在他灵魂的各个窍口，他以躯体的痛苦、心灵的颤动来默默地品味这些话题的绵长“意义”（因此，他的另一本集子名叫《灵魂的事》）。顺着这些个体的感悟发散开来，必定也会穿透那世道人心与职业炎凉，叩问什么是痊愈、康复？什么是同情、悲悯？什么是关怀、扶助、

拯救？什么是美德？什么是人道主义？他不仅在追索着自身生命的意义、躯体疾病的意义，同时也在拷问着医生与医学的职业价值和意义。

以研究奥斯维辛集中营精神炼狱而著称的德国哲人弗兰克写过一本很有影响的小册子，书名叫《活出意义来》。他在书中写道：人生的意义并非只有获得成功（功利主义的褊狭理解）这一条，还有另外两条，一条是静默地思索（人文主义的哲学体验），一条是忍受苦难与孤独（人文主义的宗教体验）。对于史铁生来说，这两条人文主义的精神隧道就像“霍金的黑洞”一样朝他敞开着，旋转着，吞吐着他生命的“意义”，看来，“铁生”不仅暗喻着久病不倒的坚韧，也隐喻着思想深巷里独自开掘的坚定。

从弗兰克的观点引申开来，“病出意义来”的命题丰富了疾病本身，一方面我们并不排斥从功利尺度考量如何运用技术手段战胜疾病而使病患过程终止而痊愈，另一方面我们需要穿越疾病作哲学思考，对苦难作宗教咀嚼。譬如史铁生笔下的“死亡”——

> 现在我常有这样的感觉，死神就坐在门外的过道里，坐在幽暗处，凡人看不到的地方，一夜一夜耐心地等我，不知什么时候他就会站起来，对我说：嘿！走吧。我想那必是不由分说。但不管是什么时候，我想我大概仍会觉得有些仓促，但不会犹豫，不会拖延。然后，像徐志摩的那首诗所云：“轻轻地我走了，正如我轻轻地来。”

文字里流淌着豁达与洞彻，像透过天文望远镜在观测天外行星的陨落，是冷的诗，是暖的幻影，安静而清洁。

又譬如他对“康复”的审问：“让不能行动的人重新可以行动，使不能工作的人重新能够工作，为丧失谋生能力的人提供生存保障，这无疑是非常重要的，但是，若仅此而已只能算作修理和饲养，不能算作康复。康复的意思是指：使那些不幸残疾了的人失而复得做人的全部权利、价值、意义和欢乐，不单是他们能够生存能够生产。”继而论及根本：这个世界上，“只有人才不

满足于单纯的生物性和机器性，只有人才把怎样活着看得比活着本身更要紧”。

三 柳红：拯救报告

90后少年作家子尤的《谁的青春有我狂》（少年儿童出版社）以其对人生母题“生、死、爱、痛”的深情书写与深刻洞悉在京沪两地引起极大的轰动与共鸣。其实，在读到子尤的新作《谁的青春有我狂》之前，许多朋友都读过“柳红十八告”，它是一年来在京沪文化圈内广泛流传的18帧私人书信（虽然它以电子邮件的形式群发），内容是关于少年子尤遭遇纵隔恶性肿瘤发病、治疗的报告，也介绍了母子俩丰富乐观的病中生活。写信的人叫柳红，她是子尤的妈妈，一位深深地爱着子尤，时刻准备为子尤“赴汤”的人。“第一告”写于2004年3月24日晚上9点46分，正是子尤突然发病（呼吸窘迫）的当天，“第十八告”止于2005年4月12日，时间跨度13个月（372天）。最初的几次相告，或记于傍晚，或记于午夜、凌晨，文字匆匆而简洁，直叙病况，四告、五告之后才洋洋洒洒，叙病、权变、分析、思考、咀嚼、升华，文字丝丝入扣、情理兼备。她的这一组文字成为子尤疾病历程的另一种精神表达，也是当代医学人文主题的妙言佳作，一组共同分享、共同升华的生命经验。

在许多人眼里，医学人文似乎太高深，太远离我们的生活，其实不然，医学人文完全是俗世的、也是普世的学问，它牵系的是最贴近日常苦痛的民生问题，因为它关注人的生、老、病、死四大节目，它叩击医学、医疗、医院、医师的职业目的与操守，同时又关注病人的权利与尊严，希望重建最和谐的医患关系，希望诗化、提升人生中苦难的脚步。在人的一生中，每一个人都无法绝对回避疾病，都必须直面痛苦与苦难，都必须就医疗的技术科目和诊疗方案作出正确的规划和精准的选择。你会如何穿越生命中黑暗的隧道，又如何在黑暗中把握生命的缰绳呢？蒙田曾说过，疾病是人生的课堂（更应该译成“日课”），能让你的生命与生活更具有坚韧的质感，阅历更厚重。我们应

该带上“小板凳”,走进子尤与柳红两个人的“课堂”,去旁听那一堂精彩的“医学人文”课,共同洞悉那漫漫求医路上的世道人心与职业炎凉,叩问什么是医学、医疗的功能,什么是医院、医生的价值,什么是同情、悲悯,什么是关怀、扶助、拯救,什么是美德,什么是人道主义。这一堂课不仅在追索着自身生命的意义、躯体疾病的意义,同时也在拷问着医生与医学的职业价值和意义。

就生活常态而言,柳红是一位经济学人,平时有着紧张的职业生活和写作计划,子尤的病彻底改变了她和她的生活方式,使她成为一位职业母亲,一位陪伴儿子穿越疾病与苦难的操劳妈妈,她“要么在医院,要么在去医院的路上”,医院成了新的居所,一个新的生命港湾。

一年多的病患经历,对于她们母子来说,无疑是一次次精神上的炼狱,让她与儿子一道跟他们过去不曾深究的人生与命运的母题“狭路相逢”。他们不仅在追索着躯体疾病的意义,同时也在掂量着生命的意义,学会发现生活中不经意的美与不显露的宁静、和谐。因此,几乎每一封信中,她都会赞叹自然的俏丽:“病房的窗外桃花盛开,子尤说要采下来寄给朋友,我回家,子尤总叮嘱我给花树浇水,我们虽然还在困境中,但是心怀希望地过每一天,随时随地感受幸福,这幸福不同于常人,它来自于子尤能进食,能喝汤,化验结果好,我和儿子每天 24 小时在一起,还有朋友们巨大的关心和爱。”在每一封信的结尾,她都要朋友们懂得健康最可贵,要珍惜世俗的安宁与幸福,快乐每一天。

正如哲人弗兰克所言,人生的意义除了获得成功这一条之外,还有另外两条,一条是静默地思索,一条是忍受苦难与孤独,子尤的这场大病,也着实“病”出了非凡的意义来了,“柳红十八告”详细记录了这些意义的发现和咀嚼过程,而且使它们在知识界的传播中得到进一步的升华。它们不同于近年来媒体版的疾病叙事,一旦个人或家庭的苦难成为公众事件,就被拖入一种俗套——展览痛苦与悲情,呼唤同情与捐助。在柳红笔下,从不展示苦难与悲情,也不曾过浓地描述毅力与抗争,大量的篇幅在记叙病中的快乐体

验，捕捉与疾病一起到来的神谕，寻求与疾病、与上帝智慧博弈。

疾病是人的痛苦，也是心灵的损补，任何医疗的交往都是人与人之间身心救助的故事，无论技术如何飙升，人道、人本、人性的光芒永远是医学救助的价值皈依，技术只是支持，只是工具。这是柳红的基本信念，也是她在求医过程中的基本立场。因此，她在医患关系以及医疗决策中保持了高度的尊严与自信、执著与进取。子尤是突然病倒的，在急症处置、快速查明纵隔肿瘤之后，下一步的医疗方案怎么定？这就横在柳红的面前，不要说是工程学、经济学专业背景的她，就是医学背景的人也会在保守与急进、先化疗后手术抑或先手术后化疗之间犹豫彷徨，或因伤悲而无力系统地调研、咨询，完全把主动权交给虚妄的“心灵上帝”，或者是现实的“技术上帝”，任由他人(单一的技术权威)和宿命的意见来决策。这种现象在许多知识分子家庭，甚至医学职业家庭也都十分普遍。但是，柳红背负着深沉的爱，每时每刻在陡峭的医学前沿爬涉，在迷惑的商业陷阱间穿行，在冰冷的法律责任面前勇敢承担，她读了有关纵隔肿瘤的教科书、参考书和中英文献，梳理出各种当下、预后的可能性及风险分析，广泛请教肿瘤科、胸外科、血液科专家，最后决定一两个选择，完全不是世间常常发生的“病急乱投医”的盲目，而是理性、严谨的研究式求医历程。我十分钦佩柳红的快速学习能力与倔强，不计代价，不计劳碌，她有着住院大夫、护士十倍以上的接触子尤的时间，有着不够专业但充满爱意的临床观察和共同体验，这些都让柳红对于子尤的病况，尤其是细节有着丰富的积累、坚定的突围意识，于是，她总能在漫长的苦难隧道里找到隧道口，发见幽明的却是充满希望的光。

在肿瘤面前，人类医学没有交白卷，但也没有考出高分，许多诊疗思路与方法都带有探索性，在探索性治疗过程中，需要决定，需要坚定，更需要坚持。此时，缠绕人们的已经不是技术问题，而是勇气与坚毅，是丈夫气，在柳红这位巾帼面前，人们找到了这份气概；柳红也会很高兴地说，在技术与毅力的双重较量中，我没有怯弱，在机会面前，我没有错过。当然，化疗与手术之后，子尤又面临着血小板生成障碍的新难题，我们祝愿柳红能够闯关成功。

医学的母题是多层次的，有科学母题、技术母题、人文母题、社会母题，柳红在试图“串糖葫芦”，打通思考，打通体验，打通探索。她随记随发的“十八告”就是一份绝好的医学人文讲义，我真希望我们的住院大夫、医学生能有空读读它。

四　安乐死的理直理曲

（一）案情报告

我国首例安乐死的案件发生在 1986 年，地点在陕西汉中，其案情如下：患者夏素文，女，卒年 59 岁。1984 年 10 月患病，经汉中市人民医院、汉中市传染病院诊断为：肝硬化腹水。1985 年 10 月，病情加重，出现腹水，并逐渐加重，呼吸困难，不能平卧。同年 12 月，卧床不起。1986 年春节，出现褥疮，下肢水肿开始溃烂。同年 5 月，腹水急剧加重，并先后 4 次昏迷，屎尿于床上，整天呼唤难受。6 月 12 日昏迷后不能辨认亲属，褥疮溃烂、生蛆、有恶臭。法医认定，病已属晚期，死亡不可避免。其子王明成在其母病入膏肓、痛苦难忍、目不忍睹的情况下，向医生蒲连升提出要求，对夏素文实施安乐死，2 次注射总量为 175 毫克的复方冬眠灵（实际冬眠灵总量为 87.5 毫克）。14 小时后死亡。其姐妹上诉法院，检察院曾以故意杀人罪逮捕其子王明成，后经被告多次申诉及社会舆论影响，陕西省汉中市法院判决：被告人王明成，在其母夏素文病危难愈的情况下，再三要求主治医生蒲连升为其母注射药物，让其无痛苦死亡，其行为显属剥夺其母生命权利的故意行为，但情节显著轻微，不构成犯罪；被告人蒲连生在王明成再三请求下给夏素文注射促进死亡药物，对其死亡起了一定促进作用，但用药是在正常范围，不直接造成夏素文死亡，其行为亦属于剥夺公民生命权利的故意行为，但情节较轻，危害不大，不构成犯罪。依照《刑事诉讼法》第 10、11 条之规定，被告人

王明成、蒲连升无罪。

死亡是生命终结的自然过程，是自然界给定的限数，到时间就会发生。所谓无疾而终，佛家叫圆寂，圆满而归入寂寥，变成物质世界的另一种形式。但是，我们的生存环境并不太平，人类虽然是万物之灵，也要承受各种疾苦与疼痛、迎击各种病患和灾难，这就使死亡的形式丰富起来。

大部分死亡是客观因素不可抗拒，死于意料之外，人们无法操控。一部分死亡完全由于主观因素，即死于自我选择，像大文豪海明威、茨威格、川端康成、三岛由纪夫，他们选择死，在常人看来没有多少道理，既非生活压力，亦非疾病，而在于心灵的紧张与冲突。他们认为人生最辉煌的顶点已经到达，余生只是在下坡路上行走，生的意义便消失了。当然，大多数的人认为死亡应该选择在生命痛苦惨烈而不欲生之时。此时生不如死，生存质量极低。要说安乐死，是专为此预备的。

（二）人道与金钱

当一个人生存质量极低，忍受巨大痛苦而又意识清醒时，萌生死亡念头是很自然的。十分合理的逻辑是：生而受苦，却无望冲过苦难。陷入沼泽地只会慢慢深陷下去，等待泥水没顶的那一刻，倒不如加快这个进程，早一点了结。这种想法多少有些无奈与赌气。

另一种想法是代价的权衡。由于医学科学与技术的高速发展，人们完全有能力维持危重病人的基本生命指征，如呼吸、心跳等，但由于不能逆转原生疾病，这种维持意义不大。当然，有许多人会认为可以苦挣待援，说不定下一个小时医学发生奇迹，就能提供彻底救助的办法和药物。但从医学科学研究的节奏来看，几小时、几天、几星期甚至几年发生奇迹的可能性不大。于是就引出一个苦挣待援的代价问题。人工心肺机的启动、血管开放而建立的人工生理、生化平衡需要高昂的支付，是正常人生存需要和劳动创造价值的几十、几百甚至几千倍。也就是说，病人生命的延长以消耗巨大的

社会资财为代价,除了个人积蓄和社会保险之外,这个资财黑洞必须由家人来填。出于对家人未来承付的担忧,出于对家人的怜爱,许多危重病人请求安乐死。这种情况虽说挑起了人道与金钱的冲突,但家庭资财的巨大空洞也关联着生者的生存状况,又会产生有关这部分人的人道主义话题。对这个问题,答案会很多,不外利己、利他两类。加上死亡主体家属、支付方(公费或保险公司),情况就更复杂了,有时会出现戏剧性的结果。譬如某位癌症晚期病人同时在一家保险公司购买大病医疗保险和人寿保险,人之将死,苦挣待毙,医疗保险部经理希望病人提出安乐死愿望,以便少支付医疗保险金,而人寿保险部经理则坚决反对并阻挠病人提出安乐死请求,因为未达到保单上规定,人寿保险部也将赔付巨额保险金。这个例子虽然有些巧合,但它说明社会各方对待具体的安乐死请求可以说是各怀心事;推而论之,即使理论上讨论安乐死的可行性,也逃不出这个认识和利益的陷阱。

(三) 人道与法律

安乐死不同于自杀的地方是存在着死亡援助,可能是医疗援助,也可能是非医疗援助。前者是医院场景下由医生、护士参与的安乐死,后者则与医疗机构无关,可能是亲人、朋友。由于援助者的存在,就产生了法律许可的问题,如果解决不了这个问题,安乐死过程中的死亡援助就无法与谋杀罪区别开来,也许会被蓄意谋杀者所利用,成为他们开脱罪责的借口。二战期间,纳粹医生就以安乐死为名,实施种族灭绝政策,给安乐死蒙上污名。

一般来说,法律条文总是落后于社会生活的,先有违法的案例,经过诉讼辩论,寻找到法律与现实情理的冲突,然后修正判案标准,或软化量刑标准,由轻究,到特许免究,到特许同意,再到立法认可,一步一步走过来。安乐死中作为死亡援助者的法律责任的追究问题就在这条路上走,有些国家、地区走得快,走得远,有些国家走得慢。

大家知道的荷兰,算是在这个方面最先锋的国家,已于今年4月通过了

《安乐死法案》,也就是说,在荷兰,只要满足以下三个条件,即可申请安乐死。

1. 临终病人在意识自立、清醒时主动、多次提议;

2. 病人受着除死亡之外无法缓解的疼痛与痛苦;

3. 有主管医师之外的第二位医师同意。

在荷兰,每年约有9000人申请安乐死,大约1/3的人得到批准。其余2/3的病人可能被认为不属于临终病人(生命预期超过6个月);或者自愿是伪造的,有被人操纵之嫌;或有财产、保险方面的纠纷等。对获得批准的安乐死患者实施死亡的医疗援助或放弃治疗,其医疗人员将免受刑事起诉,在法律上属于法定许可这一水平。

其实,世界上还有比荷兰更宽松的管制地区,即澳大利亚的北岭地区。由于是联邦制,该地区的安乐死法律是有效的。1996年7月,该地区批准实施了一项全世界唯一的主动安乐死法律,几乎与选择性自杀或援助自杀没有区别。其基本条件也是三项。

1. 请求人必须年满18岁,具有提出申请的生理、心理能力;

2. 有三名医生的同意,其中一名是精神病医生,以证明该病人没有可治疗的抑郁症;

3. 实施安乐死之前,有9天的"冷却期"。

这个法案完全排除临终、不可忍受的痛苦等条件,但医学认定的严格程度事实上也阻止了厌世自杀者进入安乐死法律许可程序。

瑞士比荷兰略为严格,该国1997年通过案例判定同意病人在特别限定的情况下获得医助死亡而不受起诉,这种情况属于法律特许免究,而不是法定许可。与瑞士相仿的还有美国的一些州,如华盛顿州,安乐死公众支持率早已超过80%。

在中国,安乐死的立法程序还没有启动,公众意愿的调查不够充分。据上海静安区一项小范围的调查表明:对于不可逆转的昏迷病例,63%人的同意选择安乐死,33%的人不同意;对于胰腺癌晚期(疼痛剧烈难忍)病例,

54%的人同意选择安乐死,40%的人反对,5%未表态。

依我国首例安乐死判决情况看,可以说体现了司法界对濒危患者安乐死的同情与理解。如将给予冬眠灵视为正常治疗方式与剂量(事实上器官衰竭病人接受正常人剂量的冬眠灵是有助于死亡的,客观上构成死亡援助),并据此判定情节较轻而最终不予判罪。但这个判决不同于欧美国家的特许免究。在法理上,法律依据为《刑事诉讼法》第10条、11条之内容,而缺乏专门的法律条文及案例借鉴,因此,法官依然认定死亡援助者行为属于剥夺公民权利的故意行为,如果药物剂量再大一点,超过正常人的用药剂量,判决将会是另外一种结果。因此,在立法未跟进的情况下,任何依据情理的死亡援助都是违法的,都可能受到法律的惩处。

就像一场"拔河赛",医学正在与病痛对抗,突然被告知:不要用力拔,放手让对方赢……默认死亡、援助死亡,是一种妥协的姿态。

(四)人道与医学

对于现代医学来说,安乐死并不安乐,医生、护士充当死亡援助的角色给医学提出了一系列的挑战。

首先是医学的使命问题。犹如军人以服从为天职,医学以救死扶伤为天职。有1%的希望,尽100%的努力,决不轻言放弃,这是医生心中的价值与行为准则,是人道主义的方向和义务。如果法律认定通过合法程序就可以启动死亡援助,医生会认为默认死亡已属失职,更何况去推动死亡,还要安排医疗项目去结束救助对象的生命。这需要极大的心理上的合理性才能平衡。此时的医生会遇到巨大的心理障碍,即心理与价值冲突,严重者会产生职业角色和精神上的分裂、冲突、错位,最终产生茫然感。消解的方法是建立以病人权利为中心的关怀方式,重新诠释安乐死过程中的人道主义内涵。

人道主义首先是尊重病患者的权利。如果患者痛苦难忍,救生无望,用

医学的办法给予其快乐,使其在快乐中安息是人道主义的另一种表现形式,无需自责。病患者的亲属、朋友也要作心理减压,尊重病患者自主的选择权是最大的爱,是最人道的举措。既然他已经选择了死亡,法律又能许可和认定,医学援助就是合法的,也是合情合理的。

另一个阴影是安乐死的实施会降低医学的进取心。人类医学的一切努力都在于制服疾病,延长寿命,与死亡搏斗。尽管在恶性肿瘤等危重疾病面前有效方法不多,但人们在不懈奋斗,并未认输。安乐死的实施相当于向死亡低头、默认死亡、援助死亡,是一种妥协的姿态。既然在死神面前可以妥协,研究的步伐就会放慢。这种观点不无道理,但成熟的研究机构与成功的研究者不会把安乐死作为推卸职业责任的理由,相反会从死亡中学习战胜死亡的手段。一旦人类攻克了大部分肿瘤,安乐死的选择意愿就会下降。明白了这个道理,医学的进取心就不会减低。人道主旨的张扬只有在顿挫中才能攀援到新的高度。

今后相当长的一段时期内,安乐死的立法将会持续论证、争执下去,临床实施也将遥遥无期。但通过争论、论证能辩明安乐死的理直理曲,让大家从中接受一次死亡教育,向死而生,提高生命质量,同时也为移风易俗打开新的认识禁区。百年来,遗体火化、遗体捐献、尸检、器官捐献,新的观念、新的行为准则在不断确立,安乐死就是一个新话题。提高生命质量,生死两兼顾,人类的明天,优生是方向,优死也是方向,又何必厚此薄彼呢?

后　记

野狐禅的意义

我是一位编辑，本分是在编辑部里看稿、打电话，偶尔也在一些场合讲演、讲话。每次讲演之前，我都要为自己的身份作一个说明，郑重声明我不是专门家，不是学问家，也不是教授，那么，听众就要追问："那你是谁?"言外之意我们费时费工来听你讲话，没个名分总说不过去吧。我连忙声称："我是野狐禅"——这样表白效果并不好，反让听众更加迷糊了："这野狐禅是什么职称？什么水平?"于是越发忐忑，为打圆场，我便介绍我的这些话题都在哪些地方讲过，都有哪些人听过，这才能相对稳住听众，"得！先听听再走"。因为承蒙学界前辈与朋友的提携，这几年客串说话、写文章的地方倒还十分的显赫、体面，有 CCTV 的《实话实说》、《读书时间》、《科学历程》、《视觉》，凤凰卫视的《世纪大讲堂》，北京大学哲学系、北大医学部、北京科技周，《医学与哲学》、《读书》、《中国文化月刊》等等，靠这些招牌唬人，我的讲演与讲话常常能聚拢开场的人气，哄得听众坐下来。之后我自信还是能够把他们"钩"住、"套"住的。

在大庭广众道出了"野狐禅"之名，自己也该追究"野狐禅"之实了。实

是什么?

“野狐禅”大凡是“禅”的一种,它但求智慧,不求体系,但求思想,不计学术,但求“豁然开悟”,不讲“心法途径”,后来引申为治学的旁门左道。对于我来说,没有那么“豁”、“达”、“舍”“得”,自诩“野狐禅”多少有些无奈,属于当不了“刺猬”,才做“狐狸”。柏林将当代学人分为两类:一类人属于“刺猬”,他们习惯于“将任何事物联系到单一的中心观点之上,联系到一个一贯明了的体系之中,他们籍由这样的观点和体系来感受、理解、思考这个世界”;另一类人属于“狐狸”,他们追求许多常常不相关的、甚至相互抵触的目标,这类人“所过的生活,所做的行为,所持的观点是离心式的,而非向心式的,他们的思想是多向的,是扩散式的,在许多不同的层面上移动”。在柏林的词典里,“狐狸”更可爱一些。但在中国意识里,“刺猬”才是治学的正宗,他们执著坚守、踏实笃诚,因此,在大学校园、研究所的高墙大院里,“刺猬”成群,他们的成果一桩桩,专著一本本,学位、头衔一串串,但是,未必能有什么“出格”的思想。“狐狸”则是怀揣着鬼心眼、鬼点子,鬼头鬼脑,靠着翻墙头、掏鸡窝,耍小聪明讨巧,思想常常跑马出格的“鬼才”。做了20年的编辑,“刺猬”、“狐狸”结交了一大帮,对前者,心怀敬重,对后者,暗暗佩服,把自己甩出去,让人家评说,“刺猬”肯定当不上,甘做一只“小狐狸”吧。

说自己不想做“刺猬”,倒未必,“狐狸”心态与自己的编辑职业有关。编辑的职业定位是“为他人做嫁衣裳”,也就是说要坚持为学者与学术、作者与读者服务的职业姿态,在学术大殿里,是给人家递毛巾擦汗的“堂倌”。虽然有一阵子提倡“编辑学者化”,但实行起来很难,人家在那里“高台垒土”、“虎踞龙盘”,你不过只是“爬上树梢”、“猫弹猴跳”,人家专心向学、开凿深井,你朝秦暮楚、杂七杂八,如何比得?不过,治不了“学术史”,治一点“思想史”,做不了“学者”,做“学人”,只要还有一点学术“私心”,假日里摆弄一点“私货”,偷看几本“学术书”(这是学界好友对我的评价),还是有几分惬意的,瞧瞧人家,看看自己,也还“凑合”。

把自己的疏懒怪罪于编辑职业,有失公允,同样在编辑岗位,我的老师

钟叔河先生,同龄师兄俞晓群、王建辉都是学问、著作与职业成绩齐飞的名家。再要找原因,就完全是个人因素了,这10年里,从南到北,从北到南,四处漂泊,搬家史足以成册,每履新职,总得奋力打拼,思想、学术扩张的欲念、兴趣也就只好推到"次席",常常令提携帮助我的前辈、同行失望、叹息。这本《医学人文十五讲》的写作就是一个例证。3年前,我敬重的北京大学中文系主任(原北京大学出版社总编辑)温儒敏教授约我参加北京大学出版社品牌丛书"十五讲"系列写作,当时满心欢喜、满怀激情,但真正动起笔来,困难咄咄,加之杂务缠身,交稿时间一拖再拖,实在对不起温老师,在此说一声"抱歉"了,感谢您的耐心和宽容。应该致歉的还有王明舟社长、张凤珠编辑,他们是我多年的好友,每次见面都只是鼓励和原谅,反倒令我深深地不安。好了,今天终于交卷了,无债身轻。游侠心野,再去"偷"看几本有意思的学术书吧。

王一方

2006年4月15日

“人是动物”：便有了“生物科学的医学”，于是，医学的发展导向全面、系统的“还原论”研究，误区是“科学至上”。

“人是机器”：便有了“理化科学与技术的医学”，于是医学的发展导向“机械论”的定势，误区是“技术崇拜”(技术主义)。

“人是社会性动物”：便有了“社会的医学”，于是，医学的研究导向社会化、群体化、和谐化，误区是使医学研究过度“外在化”，成为“环境决定论”的拥趸。

“人是会思想的芦苇”：便有了“人文的医学”，于是，医学的研究导向思想化、艺术化、精神化、智慧化，误区是将医学思考引入过度“理想化”。

本书试图在第四个层面上讨论医学的价值、意义与归属，同时也包涵对第一、第二层面内容的洞察与反思。

医学人文十五讲

王一方 著



ISBN 7-301-10847-8/G · 1888 定价：22.00元